

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ (CHC-UFPR)

DIEGO DA SILVA

**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE
DE VIDA EM PACIENTES PRÉ/PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO
HEMATOPOIÉTICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

CURITIBA

2017

DIEGO DA SILVA

**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE
DE VIDA EM PACIENTES PRÉ/PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO
HEMATOPOIÉTICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Medicina Interna, no curso de Pós-Graduação em Medicina Interna, setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof Dr José Zanis Neto.

Co orientadora: Profª Drª Maribel Pelaez Dóro.

Co orientadora: Profª Drª Cláudia Lúcia Menegatti.

CURITIBA

2017

S586 Silva, Diego da

Instrumentos de avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas: uma revisão sistemática./ Diego da Silva. – Curitiba, 2017.
117 f.; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. José Zanis Neto

Co-orientador: Prof.^a Dr.^a Maribel Pelaez Dóro

Prof.^a Dr.^a Cláudia Lúcia Menegatti

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.


1. Transplante de células-tronco hematopoiéticas. 2. Depressão. 3. Ansiedade. 4. Qualidade de vida. I. Zanis Neto, José. II. Dóro, Maribel Pelaez. III. Menegatti, Cláudia Lúcia. IV. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. V. Título.

NLMC: WH 140



PARECER

Aos vinte e um dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete, a banca examinadora constituída pelos Professores: **DR. ROGÉRIO SAAD VAZ** (Faculdades Pequeno Príncipe - FPP), **PSIC.DRA. ANGELA DE LEÃO BLEY** (Hospital Pequeno Príncipe - HPP) e Orientador **DR. JOSÉ ZANIS NETO** (Dept. de Clínica Médica/UFPR), lavrou o presente parecer sobre a dissertação elaborada por **DIEGO DA SILVA** pós-graduando concluinte do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna - Mestrado e Doutorado da Universidade Federal do Paraná, intitulada: **"INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PRÉ/PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA"**. A Banca examinadora considerou que o aluno apresentou trabalho adequado para dissertação e o defendeu com segurança e propriedade nas arguições que lhe foram feitas, de modo a merecer a sua **aprovação**, sendo recomendado à Universidade Federal do Paraná que lhe seja concedido o título de **Mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde**, após publicação de artigo em revista técnico-científica com corpo editorial, depois de incorporadas as sugestões apresentadas no decurso das arguições, cumpridas outras exigências previstas em normativas da pós-graduação.


DR. ROGÉRIO SAAD VAZ


PSIC.DRA. ANGELA DE LEÃO BLEY


DR. JOSÉ ZANIS NETO

Dedico este trabalho a todas as
pessoas que agregaram conhecimento
e aprendizado ao longo de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr José Zanis Neto pelo acolhimento, solidariedade, e por ter aceito o desafio da orientação;

À Dr^a Maribel Pelaez Dóro pelo carinho, afeto, respeito, dedicação, generosidade e palavras de incentivo na co orientação desta dissertação;

À Dr^a Cláudia Lúcia Menegatti pelo acompanhamento, motivação, dedicação, respeito, afetividade, generosidade, amizade na co orientação desta dissertação, e por ser uma das minhas maiores referências pessoais e profissionais.

Ao Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna, do CHC-UFPR, representado pela Dr^a Iara Messias, a quem agradeço imensamente pelas palavras de incentivo, pelo apoio recebido e pela oportunidade de realizar este sonho;

Ao psicólogo Gregory Bohatchuk Araújo pela amizade e empenho na colaboração e construção desta dissertação;

Ao Professor Ernesto Schmitt (PUC PR) pela consultoria estatística;

À bibliotecária Lília Bittar pelo treinamento em bases de dados;

À todos os meus professores por terem agregado conhecimento a minha vida;

Às secretárias Lúcia Lemiszka e Valéria Knapp pelo incentivo e dedicação;

À CAPES pelo auxílio financeiro;

À família pelo apoio, amor e por me darem o suporte para estudar.

Aos amigos por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos, principalmente a minha grande amiga Priscilla Regina Tamioso.

À banca examinadora pelas sugestões e empenho no enriquecimento do trabalho.

Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente (Skinner, 1969).

RESUMO

Introdução: A presente dissertação teve por objetivo revisar sistematicamente as publicações sobre a utilização de instrumentos para avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes pré e pós transplante de células-tronco hematopoiéticas. O transplante de células-tronco hematopoiéticas é uma intervenção clínica utilizada para tratar pacientes com doenças hematológicas, oncológicas, em que o tratamento convencional não foi efetivo, ou para os quais outras alternativas terapêuticas foram consideradas e excluídas. O TCTH pode afetar negativamente a vida dos pacientes, por exemplo, com o desenvolvimento de ansiedade, depressão e déficits na qualidade de vida. **Método:** Os estudos publicados tiveram como critérios de seleção: somente pesquisas de campo publicadas nas bases de dados Scielo, Portal BVS, *Pubmed*, *Web of Science* e *Scopus*; o público alvo de pacientes em período pré e pós transplante de células-tronco hematopoiéticas de qualquer sexo e faixa etária; estudos que utilizaram de pelo menos um instrumento de aferição de ansiedade, depressão e qualidade de vida; desfechos da aplicação destes instrumentos; idiomas português, inglês e espanhol; publicadas de Janeiro de 1960 a Dezembro de 2016. A partir disso houve a avaliação das evidências científicas pelos testes de relevância I e II propostos por Pereira e Bachion (2006). Em seguida, houve a aplicação de um protocolo de pesquisa criado pelos pesquisadores. Os dados foram analisados descritivamente e comparados com o coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados:** Foram localizados 39 artigos para análise. Os instrumentos localizados para aferir ansiedade na população pré e pós TCTH foram o HADS em 10 (26%) das publicações. O STAI apareceu em segundo lugar, em 4 (10%) das publicações. Os instrumentos para aferir depressão na população indicada neste estudo foram o HADS em 7 (18%) das publicações. Em seguida, aparece o PHQ-9 em 5 (13%) das publicações. Para qualidade de vida, os artigos analisados mostraram que o instrumento SF-36 ocupou 8 (20%) dos dados. Em seguida, o EORTC QLQ – C30, esteve em 7 (18%) das publicações. Em relação aos desfechos, a maior parte dos artigos evidenciaram que na fase pré TCTH o índice de ansiedade e depressão moderados e severos são maiores, enquanto que na fase pós TCTH a ansiedade e depressão mínima/leve tiveram mais publicações. A qualidade de vida na fase pré TCTH indicou piora no estado de saúde, ao passo que na fase pós TCTH verificou-se melhores condições de saúde. **Considerações finais:** Considerou-se que é de suma importância que a equipe de saúde trabalhe na prevenção, diagnóstico e tratamento dos aspectos emocionais em pacientes TCTH para que o quadro de saúde global dos mesmos corrobore para um prognóstico favorável. Este estudo contribuiu para refletir sobre esta demanda, mas acima de tudo para que os profissionais possam trabalhar com critérios científicos.

Palavras-chave: transplante de células-tronco hematopoiéticas; ansiedade; depressão; qualidade de vida; avaliação psicológica.

ABSTRACT

Introduction: The study aimed to systematically review the literature on the use of instruments for the evaluation of anxiety, depression and quality of life in patients in pre and post hematopoietic stem cell transplantation. Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a clinical intervention used to treat patients with hematological and oncological diseases whose conventional treatment has not been effective or for which other therapeutic alternatives have been considered and excluded. HSCT may negatively affect patients' lives, for example, through the development of anxiety, depression and deficits in quality of life. **Method:** We selected scientific publications using as selection criteria: surveys published in Scielo, Portal BVS, Pubmed, Web of Science and Scopus databases; target population of patients pre and post hematopoietic stem cell transplantation of any gender and age; studies comprising at least one instrument for measuring anxiety, depression and quality of life; implementation of such instruments; studies published in Portuguese, English and Spanish; studies published from January, 1960 to December, 2016. Then, the evaluation of the scientific evidences by the tests of relevance I and II proposed by Pereira and Bachion (2006) was performed, followed by the application of a research protocol elaborated by the researchers. Data were analyzed descriptively and compared through the Pearson correlation coefficient. **Results:** A total of 39 papers were selected for the systematic review and analyzed. The instruments to evaluate anxiety in both pre- and post-HSCT population were HADS in 10 (26%) publications. STAI was the second most cited instrument, in 4 (10%) publications. The instruments for measuring depression in the population were HADS in 7 (18%) publications; PHQ-9 was acknowledged in 5 (13%) publications. For quality of life, SF-36 comprised 8 (20%) studies, followed by EORTC QLQ - C30, in 7 (18%). Regarding the implementation of instruments, most of the papers showed that in pre HSCT phase the moderate and severe indexes of anxiety and depression were higher, whereas in post HSCT phase the minimal/mild indexes of anxiety and depression were shown in more publications. Quality of life in pre HSCT indicated worsening of health status, whereas in post HSCT, better health conditions were observed. **Final considerations:** It is of paramount importance that the health team work in the prevention, diagnosis and treatment of emotional aspects in HSCT patients so that their overall health might corroborate a favorable prognosis. This study contributed to the reflection on such demand, but above all that professionals might work with scientific criteria.

Keywords: hematopoietic stem cell transplantation; anxiety; depression; quality of life; psychological evaluation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: SÍNTESE DO PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS. . . . .	.58
FIGURA 2: CONTINUAÇÃO DA SÍNTESE DO PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS. . . . .	.59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: RESULTADOS DO TESTE DE RELEVÂNCIA I..	.60
TABELA 2: RESULTADOS DO TESTE DE RELEVÂNCIA II DO PRIMEIRO AVALIADOR.	.61
TABELA 3: RESULTADOS DO TESTE DE RELEVÂNCIA II DO SEGUNDO AVALIADOR.	.61
TABELA 4: RESULTADO FINAL DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE.	.62
TABELA 5: REPRESENTAÇÃO DAS TEMÁTICAS DOS ARTIGOS.	.67
TABELA 6: INTERVALOS DE CONFIANÇA DOS ESTUDOS.	.68
TABELA 7: PAÍSES DAS PUBLICAÇÕES, N=39.	.69
TABELA 8: N DE PARTICIPANTES E GÊNERO DAS PUBLICAÇÕES.	.70
TABELA 9. FATORES DE RISCO A TRANSTORNOS MENTAIS E DÉFICITS NA QV EM PACIENTES PRÉ/PÓS TCTH.	.72
TABELA 10: INSTRUMENTOS PARA ANSIEDADE.	.73
TABELA 11: INSTRUMENTOS PARA DEPRESSÃO..	.73
TABELA 12: INSTRUMENTOS QUALIDADE DE VIDA.	.74
TABELA 13: DESFECHOS ANSIEDADE PRÉ E PÓS TCTH.	.75
TABELA 14: DESFECHOS DEPRESSÃO PRÉ E PÓS TCTH.	.75
TABELA 15: DESFECHOS QUALIDADE DE VIDA PRÉ E PÓS TCTH.	.76
TABELA 16: SÍNTESE DOS RESULTADOS PARA INSTRUMENTOS E DESFECHOS.	.77

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: TIPOS DE ESTUDOS E NÍVEL DE EVIDÊNCIA NAS PUBLICAÇÕES.

N=39.68

GRÁFICO 2: TIPO DE DOENÇA PROVENIENTE NAS PUBLICAÇÕES. N=39. .

.70

GRÁFICO 3: FATORES DE PROTEÇÃO A TRANSTORNOS MENTAIS E DÉFICITS
NA QV EM PACIENTES PRÉ/PÓS TCTH. N=39.71

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: SÍNTESE DOS INSTRUMENTOS DE ANSIEDADE CONFORME SATEPSI (2017).	.47
QUADRO 2: SÍNTESE DOS INSTRUMENTOS DE DEPRESSÃO CONFORME SATEPSI (2017).	.48
QUADRO 3: SÍNTESE DOS INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA CONFORME SATEPSI (2017) E FLECK (2000).	.48
QUADRO 4: TESTE DE RELEVÂNCIA I.	.54
QUADRO 5: TESTE DE RELEVÂNCIA II.	.55
QUADRO 6: NÍVEL DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA.	.56
QUADRO 7: PROTOCOLO DE PESQUISA.	.57
QUADRO 8: REFERÊNCIAS ELEITAS PARA ANÁLISE POR ORDEM CRESCENTE DE ANO.	.62

LISTA DE SIGLAS

APA – Associação Americana de Psiquiatria
BAI - Inventário de Ansiedade Beck
BDI - Inventário Beck de Depressão
BSI-18 - Brief Symptom Inventory 18
CDI - Children Depression Inventory
CES D - Center For Epidemiological Studies - Depression
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CHC-UFPR- Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COOP/WONKA - Functional Status in Primary Care
DECH - Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro
DSM V - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DV – Desvio Padrão
EBADEP - Escala Baptista de Depressão versão adulto
EBADEP- IJ - Escala Baptista de Depressão versão infanto-juvenil
EC – Evidências Científicas
EORTC QLQ – C30 - *The European Organization Research And Treatment Of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30*
EWPD - Escala de Pensamentos Depressivos
FACT – BMT - Functional Assessment of Cancer Therapy – Bone Marrow Transplant
FACT – G - Functional Assessment of Cancer Therapy: General
FACIT - The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale
HLA - Antígenos Leucocitários Humanos
HRQOL - Health-Related Quality of Life
IC – Intervalo de Confiança
IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IDAS - Inventory of Depression and Anxiety Symptoms
INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MAC - Mental Adjustment to Cancer Scale
OLC - Orientation to Life Questionnaire
OMS - Organização Mundial da Saúde
PBE – Prática Baseada em Evidências
PHQ-9 - The Patient Health Questionnaire 9
QV – Qualidade de Vida
QLDS - Quality of Life Depression Scale
QLI - Quality of Life Index
QOLI-CV - Quality of Life Index Cancer Version
QSG - Questionário de Saúde Geral de Goldberg
RS – Revisão Sistemática

SATEPSI - Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos

SCL-90 – *Symptom Checklist -90*

SF-36 - Questionário de Qualidade de Vida SF-36

STAI - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

STAIC - Inventário de Ansiedade Estado-Traço Para Crianças

SWED-QUAL - *The Swedish Health-Related Quality of Life Survey*

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCTH - Transplante de células-tronco hematopoiéticas

TMO - Transplante de Medula Óssea

WHOQOL - *The World Health Organization Instrument*

WHOQOL – *BREF - World Health Organization Quality of Life*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO. . . . .	.18
2 OBJETIVOS. . . . .	.23
2.1 OBJETIVO GERAL. . . . .	.23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.. . . .	.23
3 REVISÃO DE LITERATURA: TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS. . . . .	.24
3.1 Conceito e tipos de transplante. . . . .	.24
3.2 Fases do transplante. . . . .	.25
3.3 Complicações decorrentes do transplante. . . . .	.26
3.4 Impacto do diagnóstico e tratamento. . . . .	.28
4 ANSIEDADE. . . . .	.29
4.1 Conceito e características gerais. . . . .	.29
5 DEPRESSÃO. . . . .	.34
5.1 Conceito e características gerais. . . . .	.34
6 QUALIDADE DE VIDA. . . . .	.40
6.1 Conceito de qualidade de vida. . . . .	.40
6.2 Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoiéticas. . . . .	.42
7 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA. . . . .	.44
8 INSTRUMENTOS. . . . .	.47
9 MÉTODO. . . . .	.50
9.1 Revisão sistemática. . . . .	.50
10 PERCURSO DO MÉTODO. . . . .	.51
10.1 Questão norteadora. . . . .	.51
10.2 Descritores. . . . .	.51
10.3 Critérios para inclusão dos artigos.. . . .	.52
10.4 Critérios para exclusão dos artigos. . . . .	.53
10.5 Identificação, seleção e avaliação das evidências científicas dos estudos. . . . .	.53
10.6 Protocolo. . . . .	.56
10.7 Análise dos dados coletados. . . . .	.57
10.8 Síntese do procedimento de coleta de dados. . . . .	.58

11 RESULTADOS. . . . .	.60
12 RESULTADOS DESCRITIVOS. . . . .	.67
12.1 Correlação de Pearson. . . . .	.77
13 DISCUSSÃO. . . . .	.79
14 CONSIDERAÇÕES FINAIS. . . . .	.90
15 REFERÊNCIAS.. . . .	.92
16 APÊNDICES. . . . .	.111
APÊNDICE 1: INSTRUMENTOS PARA ANSIEDADE CONFORME LEVANTAMENTO DE CRUZ ET AL (2013). . . . .	.111
APÊNDICE 2: INSTRUMENTOS PARA DEPRESSÃO CONFORME LEVANTAMENTO DE AROS E YOSHIDA (2009). . . . .	.114
APÊNDICE 3: REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS DISCORDANTES E JUSTIFICATIVAS PARA EXCLUSÃO APÓS REUNIÃO COM OS DOIS PESQUISADORES. . . . .	.115
APÊNDICE 4: QUADRO EXPLICATIVO DE PEARSON. . . . .	.117

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação parte do pressuposto de que as doenças onco-hematológicas e seu tratamento, especificamente quando há indicação de transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) podem desencadear sofrimento emocional, como a ansiedade e a depressão nos pacientes, além de prejudicar a qualidade de vida dos mesmos. Nesse sentido, ao longo do percurso teórico metodológico desta pesquisa, serão apresentadas as características gerais do TCTH, bem como reflexões sobre características e avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida (QV) neste contexto.

Sousa et al. (2015) indicaram que um aspecto comum nas doenças onco-hematológicas é a ocorrência da hospitalização. Essa pode ocorrer em função da baixa imunidade e limitações que o corpo, de um modo geral, apresenta em decorrência da agressividade do tratamento, causados pela quimioterapia, radioterapia, entre outros tratamentos convencionais ou não. Geralmente, quando um paciente está em tratamento onco-hematológico, fica mais propenso a desequilíbrios metabólicos, fisiológicos, neutropenia febril, entre outras comorbidades, tais como: infecções, dores, lesões na boca, cansaço, anemia, cor da pele pálida, dificuldades na respiração, coração acelerado, sangramentos, desnutrição, entre outros, as quais podem prejudicar o tratamento e consequentemente a recuperação.

Corroborando esses dados, Camara e Amato (2014) apontaram que, no período de hospitalização, o paciente onco-hematológico pode vir a apresentar algumas dificuldades em sua rotina diária, sendo que o medo da morte e a falta de aceitação das limitações físicas são as mais comuns. Frequentemente, tais pacientes também apresentam angústia frente à sintomatologia própria da doença, e, muitas vezes, não sentem o apoio necessário dos familiares e amigos, além da interrupção de seus projetos de vida. O hospital também é um ambiente muito conhecido por sua frieza, mesmo com os esforços compreendidos em prol da humanização hospitalar. Isso significa que alguns pacientes perdem um pouco de sua identidade, privacidade e autonomia, sendo identificados por um número, pelos exames ou pela doença referida que fez com que ele precisasse da hospitalização.

Isto, dentre outros fatores, faz com que o serviço de Transplante de Medula Óssea (TMO), como conhecido pela população, seja um dos setores mais

complexos dentro de uma instituição hospitalar. Deste modo, Mello et al. (2007) definem o serviço da seguinte forma:

O Transplante de Medula Óssea (TMO), procedimento de grande complexidade médica, traz consigo grande impacto na vida dos pacientes. Tal procedimento tem sido utilizado para tratar uma série de doenças hematológicas, dentre algumas outras, que eram consideradas incuráveis no passado. O TMO é um tipo de tratamento baseado na administração de altas doses de quimioterápicos (associados ou não à radioterapia), que visam destruir a medula óssea que em seguida será substituída por uma nova medula que é infundida no paciente. Existem alguns tipos de transplante; são eles o Alogênico, o Autólogo ou Autogênico e o Singênico. O primeiro é realizado pela doação de uma medula óssea compatível que é implantada no paciente; no segundo a própria medula do paciente é colhida, tratada e infundida novamente; e o terceiro é o transplante entre irmãos gêmeos idênticos. Estes procedimentos são extremamente complexos e invasivos e suas decisões dependem de diversos fatores como a idade, estágio da doença, condições físicas, doador compatível dentre outras. As decisões não dependem somente do próprio paciente e de sua condição física e emocional, mas também da existência ou não de um doador e de sua disponibilidade para este processo (MELLO et al., 2007, P. 75).

Segundo Camara e Amato (2014, p. 87) “as patologias mais frequentes atendidas em enfermarias de Hematologia são: leucemias agudas e crônicas, linfomas e mieloma múltiplo, enfermidades compreendidas na denominação de câncer hematológico”. Essas doenças demandam cuidados específicos e podem trazer algum impacto para a vida dos pacientes, seja físico ou emocional. Diante disso, Mello et al. (2007) afirmaram que, diante da grande presença de sintomas psicossociais decorrentes do TCTH, (dieta rígida, desnutrição, sistema imunológico em desequilíbrio, isolamento, o processo de hospitalização traumático, procedimentos invasivos próprios do setor, entre outros) prejuízos na QV de pacientes, bem como o desenvolvimento de transtornos de humor como ansiedade e depressão, são comuns e precisam ser verificados pelos profissionais de saúde para um melhor atendimento a esse público.

Se para os adultos já é difícil o enfrentamento das doenças onco-hematológicas, para as crianças e adolescentes isso é ainda mais peculiar, uma vez que sua forma de entender os aspectos mais singelos do mundo está em desenvolvimento. Além disso, o corpo delas é mais frágil. Nesse sentido, o atendimento a este público precisa ser feito através de estratégias mais lúdicas, demandando maior criatividade e sensibilidade por parte dos profissionais. Os familiares e a rede de apoio (professores, amigos/colegas da escola, pais, entre outros) são de extrema importância nesses casos, sendo que os cuidadores mais

próximos precisam ser bem orientados nos cuidados aos pacientes. Isto se deve ao fato dos pacientes não terem autonomia e maturidade suficiente para desempenhar todos os cuidados de que precisam. Nesse sentido, também existem muitos déficits na QV e potenciais problemas emocionais (ansiedade e depressão, por exemplo) em crianças e adolescentes pré/pós TCTH (MUNITZ-SHENKAR et al., 2007).

No que se refere à depressão, por exemplo, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua 5ª versão (APA, 2014) traz algumas diretrizes que permitem aos profissionais da saúde a identificação do problema. Alguns sintomas específicos da depressão envolvem o humor deprimido na maior parte do dia, a perda de interesse em atividades que anteriormente aos episódios de depressão causavam prazer, perda ou ganho significativo de peso sem controle, insônia, hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, baixa concentração, indecisão, e, ideação suicida. Pelo menos cinco destes sintomas devem estar presentes fortemente nas últimas duas semanas ao episódio depressivo.

Neste sentido, Demetrio (2001) resgatando dados da OMS, apresentou que a prevalência da doença é maior em mulheres de 20 a 50 anos, oriundas de qualquer país, e, relacionada a fatores hormonais, efeitos do parto, estressores psicossociais diferentes para homens e mulheres e história de vida e aprendizagem depressiva ao longo do ciclo vital de desenvolvimento. Desta forma, segundo a autora, o gênero feminino e histórico de doença depressiva são dois fatores de risco que merecem atenção por parte dos profissionais da saúde na prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão.

Para Delitti (2000) tratar a depressão é fundamental para a vida dos indivíduos e envolve aprender a lidar de modo mais positivo e adaptativo com os desafios da vida. Para isso, é preciso haver contingências de reforçamento disponíveis para a aquisição de comportamentos positivos, comportamentos estes que estimulem a reflexão, a interação social, a capacidade de lutar por seus objetivos e metas de trabalho, entre outras. O reforçamento adequado do meio minimiza o estado depressivo (HUNZIKER, 2001). Sendo assim, a equipe multiprofissional de saúde inserida em serviços de TMO precisa ser engajada e comprometida com a atenção global à saúde destes pacientes, haja vista que esta proximidade e interação adequada podem ser fatores protetivos para a possibilidade de transtornos de humor nos pacientes.

Ainda segundo Hunziker (2001), a depressão pode ser uma comorbidade da ansiedade. A ansiedade pode ser vivenciada conforme uma infinidade de sensações e comportamentos. Exemplos destes sintomas variam entre medo, apreensão, tensão, desconforto, antecipação de perigo de algo desconhecido ou estranho. Para ser diagnosticada, precisa ocorrer na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades, tais como desempenho escolar ou profissional. A ansiedade passa a ser reconhecida como patológica quando é exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, ou quando está muito diferente do que se considera aceitável para determinada fase do ciclo vital. Ela interfere diretamente na QV dos indivíduos, visto que gera muitos desconfortos e prejudica as pessoas na forma como elas desempenham suas atividades rotineiras (CASTILLO et al., 2000).

Todos estes sintomas são comumente experienciados por pacientes em TCTH, podendo ser confundidos com um transtorno de ansiedade caso não sejam avaliados de forma criteriosa por um profissional capacitado. Além disso, a QV dos pacientes onco-hematológicos fica bastante limitada, sendo alvo de diversos estudos nos últimos anos (SLOVACEK et al., 2007; GUIMARÃES et al. 2008; DORO et al., 2015). Estes estudos serão descritos no desenvolvimento da dissertação.

Alguns autores (DIAS E SILVA, 2006; DELFINO, et al., 2012; GIMENES, 2013; KUNZLER E ARAÚJO, 2013) concordam com o conceito clássico de QV mencionado pela OMS, como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Quando se trata de pacientes em TCTH, suas percepções de vida ficam alteradas, visto que sua saúde está em desequilíbrio. Também ficam muito preocupados com a condição em que se encontram pelo fato da doença ser vista no senso comum como desfecho de morte. Estes e outros fatores podem ser considerados fundamentais nos déficits de QV em pessoas encaminhadas e submetidas a TCTH.

Para prevenir, diagnosticar e tratar os problemas emocionais e déficits na QV dos pacientes em TCTH, faz-se necessário que os profissionais, dentre eles, o psicólogo, estejam familiarizados com suas bases teóricas, práticas e éticas. Na avaliação psicológica, de um modo geral, faz-se uso de diversos recursos, como a observação, a entrevista, as sessões de psicoterapia, a adaptação apresentada no contexto hospitalar e a aplicação de testes psicológicos validados e padronizados na área (BARROS et al., 2016). São estes testes/instrumentos/inventários que fazem

parte da busca e objetivos da presente dissertação como variáveis de estudo, principalmente os que envolvem a temática de ansiedade, depressão e QV em torno do TCTH.

Diante destas informações, a presente dissertação justifica-se pela crescente necessidade de busca por bases sólidas de evidência científica no trabalho diário com populações vulneráveis, como é o caso de pessoas em TCTH. Fazer um diagnóstico adequado dos aspectos emocionais em pacientes hospitalizados nem sempre é uma tarefa fácil para a equipe de saúde, visto que quantificar o comportamento encoberto¹ é trabalhoso e requer tempo e conhecimento sustentável na teoria e prática clínica. Para tal, já existem instrumentos validados para este fim, com o objetivo de facilitar o diagnóstico de transtornos mentais e déficits na QV dos pacientes, o que permitiria aos profissionais uma ampliação de dados para o diagnóstico. Através disso, as ações de prevenção e de tratamento podem ser sistematizadas, reduzindo as possibilidades de complicações em torno deste tratamento.

¹ Comportamento Encoberto: “Aquele que não é observado ou observável diretamente por outros e sim apenas por aquele no qual eles ocorrem quando da interação entre indivíduo e ambiente” (SKINNER, 1973, 1995, 2003).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar revisão sistemática, na literatura nacional e internacional, sobre a utilização de instrumentos para avaliação de ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes pré e pós transplante de células-tronco hematopoiéticas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar, nos estudos revisados, instrumentos utilizados para avaliação de ansiedade em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas;
- 2) Verificar, nos estudos revisados, os desfechos da aplicação de instrumentos para avaliação de ansiedade em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas;
- 3) Observar, nos estudos revisados, os instrumentos de avaliação de depressão em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas;
- 4) Analisar, nos estudos revisados, os desfechos da aplicação de instrumentos para avaliação psicológica de depressão em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas;
- 5) Constatar, nos estudos revisados, os instrumentos de avaliação para qualidade de vida em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas;
- 6) Detectar, nos estudos revisados, os desfechos da aplicação de instrumentos para avaliação de qualidade de vida em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas;
- 7) Apontar a força das evidências científicas dos estudos avaliados durante a revisão.

3 REVISÃO DE LITERATURA: TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

No primeiro tópico da revisão de literatura desta dissertação, serão elencadas as principais características que permeiam o TCTH, por exemplo, o conceito, tipos de transplante, fases do transplante, complicações decorrentes do transplante, impacto do diagnóstico e tratamento.

3.1 Conceito e tipos de transplante

De acordo com Watanabe, et al. (2010), o TCTH é uma terapia utilizada para tratar pacientes com doenças hematológicas, oncológicas, para os quais outras alternativas terapêuticas foram consideradas e excluídas. Esta terapia envolve também procedimentos que controlam os sistemas hematopoético e imunológico de um paciente, o qual necessitará passar por quimioterapia ou irradiação e posteriormente por transplante de células-tronco de outra pessoa ou coleta própria.

Riul e Aguillar (1997) conceituaram TCTH, que, na época, era chamado de TMO, da seguinte forma:

É um procedimento terapêutico que consiste na infusão por via intravenosa, de sangue de medula óssea obtido de um doador, previamente selecionado, em um receptor adequadamente condicionado. A sua finalidade é reconstruir o órgão hematopoietico enfermo, devido a sua destruição, como nos casos de aplasia, ou devido à proliferação celular neoplástica, como nos casos de leucemia. Além dessas enfermidades, outras também tem sido objeto dessa modalidade de tratamento. O paciente então, recebe o transplante através da infusão intravenosa da medula óssea assim coletada e essas células irão circular na corrente sanguínea sendo que parte delas se implantarão no microambiente medular, iniciando o processo de repopulação medular e reconstituição hematopoética (RIUL E AGUILLAR, 1997, P. 49 e 50).

Ainda, segundo Riul e Aguillar (1997), podem ser doadores de células-tronco hematopoiéticas o próprio paciente, um irmão que possua o mesmo perfil genético, outro doador familiar, ou outra pessoa que não tenha vínculo, mas que possua compatibilidade de células-tronco hematopoiéticas. Os tipos de transplante são classificados, de modo geral, em autólogo, singênico e alogênico. No transplante

autólogo, o paciente recebe sua própria medula, colhida e congelada em momento oportuno, e depois transplantada novamente no próprio paciente após o período de remissão da doença. O singênico é realizado entre gêmeos monozigóticos, onde existe a histocompatibilidade ou identidade de sistemas antígenos leucocitários humanos (HLA) idêntica. O alogênico é aquele que envolve o transplante de um doador e receptor de origem desconhecida. (MORANDO et al., 2010).

Conforme visto anteriormente, existem três alternativas de fonte de células progenitoras, as células de doadores desconhecidos cadastrados nos bancos de medula óssea, células congeladas de cordão umbilical ou aquelas de pessoas com origem genética parcialmente idêntica (MEINERS et al., 2008; SABOYA et al., 2010). Ainda, segundo os autores, o uso do sangue de cordão umbilical é uma alternativa mais ágil neste sentido, entretanto, possui algumas desvantagens, por exemplo, em adultos o número de células muitas vezes é insuficiente para indivíduos com maior peso. É neste sentido que a busca de alternativas mais rápidas se faz necessário para que os pacientes possam ter mais chances de sobrevida (SABOYA et al., 2010).

Nesse sentido, Mendrone Junior (2009) publicou que o sangue periférico pode ser uma alternativa viável para a terapia celular em torno do transplante autólogo e alogênico de células-tronco hematopoiéticas. Este tipo de sangue é o mesmo que circula no corpo do indivíduo e possui diversas funções como de nutrição, excreção, imunidade e purificação. Neste sangue pode haver a concentração de células mesenquimais, ou seja, células que possuem características parecidas com as da medula óssea e que podem facilitar a recomposição do tecido hematopoiético após o transplante.

3.2 Fases do transplante

Para Aranha (2008), historicamente, os tratamentos onco-hematológicos evoluíram bastante. No início, os tratamentos utilizavam-se de arsênico e radioterapia, que promoviam um certo controle sobre os sintomas. Nos anos 50, o tratamento de escolha era o bussulfano, com melhora da qualidade de vida, mas também sem impacto na sobrevida dos pacientes. Ao longo dos anos, o tema foi muito estudado, criando-se novas alternativas de tratamento, medicações e procedimentos como o TCTH ou TMO, como é comumente conhecido. Fonseca e

Secoli (2008) afirmaram que o procedimento do TMO é dividido nas fases pré-transplante e transplante. Na fase pré-transplante avalia-se o paciente, define-se o tipo de transplante e o doador, orientando-se ambos quanto aos procedimentos. Os autores afirmaram ainda:

A fase do transplante é subdividida em duas etapas: condicionamento e infusão da medula óssea. O condicionamento consiste na administração de altas doses de quimioterápicos antineoplásicos e/ou irradiação corpórea total, cuja finalidade é a indução de aplasia medular. Nesta fase inicia-se, também, a terapia farmacológica com antieméticos, analgésicos, imunossuppressores, antimicrobianos, entre outros. Esses agentes têm o propósito de evitar, reduzir ou aliviar efeitos indesejados ou ainda, prevenir complicações decorrentes da quimioterapia antineoplásica. A infusão da medula óssea é realizada por meio de um cateter venoso central e nesta fase são introduzidos medicamentos como corticosteróides, anti-histamínicos e ansiolíticos, administrados por via intravenosa, que visam à prevenção de intercorrências transfusionais. No TMO, a terapia antimicrobiana é utilizada para evitar e tratar os quadros infecciosos, uma complicação frequente responsável pela grave morbidade e por altas taxas de mortalidade nessa especialidade (FONSECA E SECOLI, 2008, P. 704).

Já Oliveira-Cardoso et al. (2009, p. 622) classificam o TCTH em três fases, incluindo a fase pós transplante, que inicia-se após a alta e subdivide-se em dois momentos: *imediate*, até 100 dias da infusão da medula, e *tardio*, a partir desse marco. Fornecendo mais dados neste tema, a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2017) publicou um manual sobre o TCTH para os pacientes que estão passando por esta situação. Este manual apontou 4 fases para o transplante. 1) Condicionamento: ocorre procedimentos para destruição da medula; 2) Infusão: trata-se do transplante em si das células-tronco hematopoiéticas; 3) Aplasia: período em que o paciente fica exposto a infecções oportunistas enquanto as células infundidas se desenvolvem; 4) Recuperação Medular: período em que a nova medula retorna suas funções normalmente.

3.3 Complicações decorrentes do transplante

Para Fermo et al. (2016), o setor de hematologia e hematoterapia é um dos setores hospitalares em que a segurança do paciente deve ser priorizada, uma vez que o sistema imunológico do mesmo está em desequilíbrio. O paciente submetido a TCTH fica exposto a procedimentos que acarretam em imunossupressão, maior

vulnerabilidade à infecção, efeitos colaterais, sofrimentos físicos e psicológicos. Seguindo estas afirmações, Ortiz et al. (2010) apontaram que o transplantado de células-tronco hematopoiéticas submete-se a uma imunossupressão prévia devido à quimioterapia ou à radioterapia total

Desta forma, estes pacientes têm maiores riscos de infecções, principalmente da parte respiratória, já que o contato com o ambiente é maior. O transplante também pode apresentar falhas como recidiva da doença, doença do enxerto contra o hospedeiro e infecções. A mortalidade varia de acordo com a idade, diagnóstico e fase da doença, sendo menor em jovens submetidos a transplante autólogo com diagnóstico precoce da doença (REIS E VISENTAINER, 2004; SEBER, 2009). De acordo com Garofolo et al. (2006), as complicações do transplante podem ser agudas ou crônicas, e dependem da doença de base, sua condição inicial, do tipo de transplante, da quimioterapia e radioterapia. As principais complicações pós-transplantes incluem: hemorragia, infecções, falência dos órgãos, doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), falha ou rejeição do enxerto e recidiva. Além dessas complicações, o estado nutricional é fortemente afetado pelo processo do TMO. A oferta de alimentação é rigidamente controlada e o apetite dos pacientes diminui, fazendo com que eles emagreçam e tenham menos nutrientes que são necessários para a sobrevivência (SOMMACAL et al., 2010).

Albertini e Ruiz (2001) apontaram como complicações precoces relacionadas à quimioterapia e radioterapia: náuseas, alopecia, vômitos, diarreia, anorexia e fraqueza muscular. Com o objetivo de minimizar estas complicações e reduzir o tempo de hospitalização, é importante que os profissionais trabalhem na tentativa de normalizar a resposta imunológica do paciente. Além disso, é válido incrementar a dieta do mesmo para que seu estado nutricional melhore, bem como as terapias de suporte multiprofissionais que comportem médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, farmacêuticos, entre outros (DORO et al., 2015).

Nesse sentido, Santos et al. (2012) realizaram um estudo com 12 pessoas que fizeram TCTH. Os autores, por meio da análise das entrevistas, chegaram à conclusão de que a experiência de submeter-se ao transplante teve impacto intenso na vida de todos os entrevistados. Entre os maiores desafios enfrentados pelos participantes na travessia do tratamento estavam os seguintes itens: os efeitos colaterais da quimioterapia, a implantação do cateter central, as exigências de

autocuidado, o desejo de retomar as atividades cotidianas e preocupações referentes ao estado de saúde, como possíveis remissões da doença e complicações do transplante.

3.4 Impacto do diagnóstico e tratamento

Oliveirao et al. (2007) relataram que o diagnóstico de uma doença onco-hematológica pode ser considerado e visto por muitos pacientes como um momento de crise, conflituoso, inquietante e de insegurança. O TCTH é um procedimento complexo e também implica em riscos para a pessoa, o que pode gerar ambiguidade afetiva à mesma. Esta ambivalência se dá, porque, ao mesmo tempo que se trata de um procedimento que visa a recuperação da saúde do indivíduo, também pode ser sentido como ameaçador à sua própria vida.

Segundo Anders e Lima (2004) o TCTH colabora para o prolongamento da vida dos indivíduos que estão enfermos, entretanto, o impacto da doença e dos tratamentos para a saúde psicossocial dos pacientes e familiares é intenso. Mesmo quando o transplante é bem sucedido, o paciente e sua família precisarão de cuidados e acompanhamento rotineiros. Silva (2001) colocou que o paciente será acompanhado por um longo período após a alta hospitalar. Sendo assim, ele deve ser treinado e orientado a assumir seus autocuidados, a ações para dar continuidade ao tratamento, retomar sua vida, o que implica em adquirir novos conhecimentos e habilidades, adaptar-se às condições impostas pela terapêutica, reunir os recursos necessários e engajar-se no processo de recuperação.

Durante o processo de TMO, os pacientes passam por um sistema diferente de internação, em relação ao tempo, necessidade de isolamento, protocolo rígido de rotinas, além da previsão das reações e efeitos colaterais que o tratamento provoca. A expectativa do que vai acontecer, da dor, das mudanças na rotina diária e das alterações físicas as quais terá que se submeter provocam um sofrimento por antecipação, deixando-os mais fragilizados, resultando, assim, em um aumento da capacidade de direcionar atenção para lidar com essas demandas (PONTES E GUIRARDELLO, 2007, p. 156).

Um exemplo disso foi a pesquisa realizada por Doro et al. (2003), em que os autores avaliaram a capacidade funcional em adolescentes submetidos a TCTH, tanto na fase pré, quanto na fase pós transplante. Utilizaram um instrumento

chamado *Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT – BMT)* para isso junto a dez pacientes. A avaliação, mostrou que 4 dos 10 pacientes apresentaram melhoras em relação ao desempenho físico, no entanto, 9 relataram dificuldades para reassumir as atividades regulares de suas vidas, como no âmbito profissional, educacional e doméstico.

Sendo assim, diversos autores (ALMEIDA E LOUREIRO, 1999; OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009; GUIMARÃES et al., 2010; SANTOS et al., 2011) colocaram que o percurso do paciente com indicação para TCTH geralmente é complexo, uma vez que estes indivíduos já sofreram com o impacto do diagnóstico de uma doença que pode ser fatal, estigmatizada, e, no imaginário popular, como requisito para a morte. Desta forma, a doença pode vir a funcionar como um desencadeador de vivências de ansiedade, medo, perdas, incerteza quanto ao futuro, desespero, déficits na QV do indivíduo e das pessoas que o cercam. Nos próximos tópicos da presente dissertação, os elementos psicossociais como ansiedade, depressão e QV em pessoas que realizaram TCTH serão descritos mais detalhadamente.

4 ANSIEDADE

A ansiedade se refere a respostas fisiológicas, emocionais e cognitivas, ou até mesmo configurar-se como um transtorno que pode fazer parte da vida de pacientes em acompanhamento de TCTH. Deste modo, nos próximos tópicos serão explanadas as características principais do tema, que até o fim de 2016, segundo dados da OMS, acometeu 33% da população mundial, que na atualidade é aproximadamente 7,5 bilhões de pessoas (progresso.com.br).

4.1 Conceito e características gerais

De acordo com a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM 5 – (APA, 2014) a ansiedade envolve preocupações excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades, tais como desempenho escolar ou profissional. O indivíduo considera difícil controlar suas preocupações. Para um possível diagnóstico de transtornos de ansiedade, o profissional deve perceber se, pelo menos, três dos

seguintes sintomas estão presentes na maioria dos dias na vida do indivíduo nos últimos seis meses, que podem ser: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fadiga; dificuldade em concentrar-se; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono. Muitos indivíduos com transtorno de ansiedade também experimentam sintomas como sudorese, náusea, diarreia, batimentos cardíacos acelerados, falta de ar e tonturas.

Fava et al. (2009) mencionaram que a ansiedade pode estar associada a baixos níveis de atenção, e que a pessoa ansiosa interpreta ou percebe situações cotidianas de forma diferente, ameaçadora. Normalmente, essas sensações trazem reações fisiológicas. É comum que pacientes em estado de ansiedade experimentem sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e medo. No corpo, podem apresentar sintomas que variam desde a taquicardia, problemas digestivos, problemas no sistema endocrinológico, perda de controle momentânea dos músculos, entre outras. Nos pacientes hospitalizados ou hematológicos/oncológicos, a homeostase da saúde dos mesmos está em desequilíbrio, portanto, tornam-se mais suscetíveis a experimentar respostas de ansiedade.

Quando o indivíduo está sob condições eliciadoras de ansiedade, passa a apresentar determinados padrões comportamentais, ou seja, formas de agir típicas dessas condições. “A ansiedade tem como padrão comportamental característico a esquiva fóbica, ou seja, na presença de evento ameaçador ou incômodo, o indivíduo emite resposta que elimina, ameniza ou adia esse evento” (LANDEIRA-FERNANDEZ et al., 2006, p. 179). Para Zamignani e Banaco (2005) o que diferencia, por exemplo, a ansiedade da depressão é o tipo de evento experimentado como ameaçador ou incômodo. A pessoa normalmente passa a tentar se esquivar ou diminuir o contato com estímulos aversivos que provocam ansiedade, na esperança de que ela seja temporariamente minimizada.

Problemas como o distanciamento das relações pessoais, as dificuldades na participação em atividades profissionais, sociais, de lazer e de autocuidado, assim como as restrições de contatos e atividades, constituem-se em prejuízos funcionais que interferem nas ocupações diárias e na participação na vida cotidiana, com implicações para as condições de saúde do indivíduo. A ansiedade pode ser diagnosticada de forma errônea, justamente porque pode vir acompanhada de outros sintomas e transtornos, como depressão, distímia, abuso e dependência de álcool e drogas, ideação suicida, transtornos alimentares, transtorno afetivo bipolar e

outros tipos de transtornos de ansiedade (ALGULANDER, 2006; MUNARETTI E TERRA, 2007; MORAIS et al., 2008; CHAGAS et al., 2010; ANDRADE-NASCIMENTO et al., 2012; VASCONCELOS et al., 2015).

De acordo com Menezes et al., (2007) os transtornos de ansiedade são condições psiquiátricas muito frequentes e que determinam importante prejuízo funcional, piora na qualidade de vida do indivíduo e também implicam em custos altos para o sistema de saúde. Segundo o DSM-V (APA, 2014) “a prevalência dos transtornos de ansiedade é de 0,9% entre adolescentes e de 2,9% entre adultos na comunidade em geral nos Estados Unidos. A prevalência em outros países varia de 0,4 a 3,6%”. Os transtornos de ansiedade são responsáveis por importante custo social, uma vez que além dos prejuízos à qualidade de vida dos indivíduos, se torna comum a busca por atendimento médico em decorrência de sintomas físicos resultantes das respostas de ansiedade, o que implica em altos custos para a gestão hospitalar e da saúde, tanto nas esferas municipais, estaduais e federais (MENEZES et al., 2007).

Diante destas informações, é de extrema importância que os profissionais psiquiatras, psicólogos e até mesmo médicos da rede de atenção primária, secundária e terciária em saúde investiguem a ideação suicida em pacientes com quadros ansiosos, depressivos e mistos, para que o tratamento seja eficaz, mas que também seja possível prevenir o suicídio. Isto também pode ocorrer nos serviços especializados em TCTH, em função de diversas preocupações, tais como sua saúde, da sua família, relacionamentos conjugais, financeiros, atividades sexuais e sociais, autoimagem modificada por conta da doença, efeitos colaterais do tratamento, tristeza, impotência, sentimento de ameaça, entre outros (PERES E SANTOS, 2006).

Na atualidade, não há dúvidas que os estados emocionais, dentre eles a ansiedade, podem afetar diretamente o estado fisiológico dos indivíduos. Nesses casos, diversas áreas atuam, como a psiconeuroendocrinoimunologia, a psicossomática, psicobiologia, psicogenética, entre outras. Todas elas buscam compreender as relações entre os estados emocionais e como eles afetam o corpo. Nesse sentido, Damatte (2003, p. 07) pesquisou sobre as alterações físicas decorrentes de transtornos de humor. Para a autora “quando ocorre algum tipo de infecção, o estado psicológico do indivíduo fica sensível. Caso a pessoa não consiga manter o controle (tendo pensamentos negativos sobre sua saúde), a tendência é

piorar”. No caso de pessoas em tratamento oncológico e hematológico, isso fica muito evidente, principalmente porque estão mais suscetíveis a infecções devido à baixa imunidade decorrente da doença e do tratamento.

Em função disso, é muito importante que os profissionais da saúde que atuam em serviços de TMO prestem atenção mais cuidadosamente aos aspectos emocionais dos pacientes, pois quando há desequilíbrio emocional, há influências negativas ao processo de cura das doenças neoplásicas e não-neoplásicas. Como visto no tópico de TCTH, os pacientes em tratamento são submetidos à destruição de seu sistema hematopoiético, diminuindo a produção de células que protegem o organismo, portanto, precisando de cuidados extras (físicos e emocionais) para não contrair infecções.

A forma que o organismo reage à ansiedade é atuando sobre os glóbulos brancos, que são as células do sistema imune responsável pela defesa do organismo. Essas células defendem o organismo de duas formas: ou matam as células por fagocitose, ou formam anticorpos. Mas, pode ocorrer uma deficiência de anticorpos e isso deixa o organismo mais propício às infecções (DAMATTE, 2003, p.07).

Quando o sistema nervoso está sob uma condição muito preocupante e estressante, como no caso de pacientes oncológicos e hematológicos, o funcionamento corporal sente os impactos diretos, como por exemplo, comorbidades ligadas a problemas renais, de pele, alterações na tireóide, no sistema reprodutor feminino, entre outras (LAWAL et al., 2012). Portanto, saber observar, diagnosticar e atentar para estes aspectos nos pacientes é de extrema relevância para que o tratamento da doença física de base possa acontecer da forma mais eficaz possível. Além disso, detectar alterações emocionais precocemente facilita o encaminhamento dos pacientes para tratamento medicamentoso e psicoterápico quando necessário.

Como visto nos tópicos anteriores da presente dissertação, após um TCTH pode ocorrer complicações e uma possível recidiva da doença. O diagnóstico e o prognóstico da recidiva se baseiam na capacidade de se verificar e detectar a quantidade de células tumorais que se mantêm vivas mesmo após o transplante. Para os pacientes, esses podem ser momentos muito ansiogênicos, haja vista que, mesmo após todo o tratamento e desgaste oriundo dele, a doença pode retornar (PALLOTA et al., 2000).

Tudo isso pode gerar consequências e alterações psicológicas como: fadiga, irritabilidade, desorientação, perda do controle, medo acentuado de morrer, diminuição da motivação, entre outros. Como se não bastasse, devido às implicações adversas decorrentes da própria terapêutica, diversos fatores podem interferir negativamente na vida dos pacientes no período pós transplante, destacando-se dentre eles as disfunções sexuais, desajustamento profissional/social e estresse psicológico (PERES E SANTOS, 2006; OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009). Outros autores (CAMPOS et al., 2003; DORO et al., 2011) também mencionaram como elementos psicossociais decorrentes da hospitalização por TCTH: o susto, a negação, o medo da morte, confusão mental, tristeza, preocupação, impotência, sentimento de ameaça e complacência, assim como sentimentos positivos e que contribuem para a recuperação do paciente: a fé, o bom humor, a esperança, alegria e confiança.

Nesse sentido, Peres e Santos (2006) mostraram que tem sido crescente o olhar atento aos fatores psicossociais que prejudicam o tratamento das doenças, nos serviços hospitalares de hematologia e oncologia. Em linhas gerais, os autores mencionaram que o apoio de amigos e familiares são fatores protetivos aos pacientes hospitalizados. Isto porque podem minimizar os impactos da ansiedade e depressão decorrentes do tratamento, além de proporcionar recursos adaptativos e estratégias de enfrentamento da doença. Quanto melhor assessorado o paciente estiver, melhor será sua interação de fatores biológicos, sociais e culturais, o que poderá ser benéfico para o resgate da nova condição de saúde e na qualificação da sobrevivência.

Segundo Mastropietro et al. (2011), com o passar do tempo pós transplante, os pacientes mudam o foco de suas preocupações e retomam, gradativamente, os investimentos em seus projetos de vida, que até então permaneciam suspensos. Após mais ou menos quatro anos de transplante, essas dificuldades diminuem, uma vez que a ansiedade tende a reduzir e as pessoas conseguem retomar suas atividades rotineiras. Diante destas premissas, cabe ressaltar mais uma vez a importância da equipe multiprofissional para que a QV dos pacientes melhore a cada dia, minimizando os danos que uma doença tão complexa e impactante pode desencadear.

Conforme esta dissertação sugere e fundamenta, o TCTH, em todas as fases pode gerar ansiedade, e a mesma prejudicar o curso da doença. Neste ponto, o

profissional precisa ter as bases teóricas e práticas necessárias para realizar seu trabalho e diagnosticar a ansiedade com instrumentos específicos de sua área. O encaminhamento psicoterápico é importante, até mesmo porque a ansiedade pode vir acompanhada de comorbidades como a depressão, que é o próximo tópico desta pesquisa.

O tratamento para ansiedade deve ser pautado em três pilares: médico-farmacológico (ANDREATINI et al., 2001), psicoterápico e medidas gerais de promoção da saúde física e mental nos âmbitos políticos e de cidadania. Mesmo que o paciente se recuse ao atendimento psicológico, é importante que os profissionais o acolham, escutem e orientem minimamente sobre a doença. A intervenção psicológica é de extrema importância porque pode colaborar para modificação dos comportamentos que incomodam a ele mesmo e às pessoas próximas, autoconhecimento, além de maior estabilidade e bem-estar ao longo da vida (SERSON, 2007). A farmacoterapia também é necessária em casos agudos. Há uma vasta gama de possibilidades medicamentosas para auxiliar no tratamento da ansiedade, entretanto, por ser um assunto muito complexo e por não fazer parte do objetivo desta dissertação, o tema não será aprofundado.

5 DEPRESSÃO

A depressão é outra variável de estudo da presente dissertação, portanto, faz-se necessário entender tal fenômeno em sua conceituação, características gerais, prevalência² e sua correlação com o TCTH.

5.1 Conceito e características gerais

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a depressão é caracterizada por episódios distintos de, pelo menos, duas semanas de duração, envolvendo alterações nítidas no afeto, em funções cognitivas/neurológicas com possíveis remissões. Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente, pode ser

² Prevalência Depressão: A prevalência do transtorno depressivo nos Estados Unidos é de aproximadamente 7%. Em indivíduos de 18 a 29 anos a prevalência é três vezes maior que em pessoas acima de 60 anos. Mulheres experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que os homens começando no início da adolescência. Na população mundial varia de 3 a 11% (DSM-V, APA, 2014).

diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças. Para realização de diagnóstico, o profissional deve diagnosticar a presença de pelo menos cinco dos sintomas a seguir, por pelo menos duas semanas: o humor deprimido na maior parte do dia; a perda de interesse em atividades que anteriormente aos episódios de depressão causavam prazer. Isto na maior parte do dia, ou quase todos os dias; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta; insônia/hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga; sentimentos de inutilidade ou culpa; baixa concentração, indecisão; e, ideação suicida.

Machado et al., (2009) afirmaram que a depressão pode causar déficits cognitivos nos pacientes, sendo uma característica ou sintomatologia típica do problema, como aponta o DSM-5. Desta forma, avaliaram 16 mulheres residentes em Santa Catarina e que estavam internadas em um hospital psiquiátrico com o diagnóstico de depressão entre o 4º e o 10º dia de internamento, através dos Testes de Trilhas e Escala Motora para Terceira Idade adaptada. Como resultados da pesquisa, perceberam que a maioria das pacientes com depressão apresentou aptidão motora geral, motricidade global e organização temporal abaixo da média considerada normal. A capacidade atencional ficou abaixo dos valores normais de referência. Verificou-se a existência de relação entre os déficits motor e de atenção, sendo que quanto mais baixo o nível de atenção pior é a aptidão motora. Canales et al., (2010) relataram, que além dos déficits cognitivos, a depressão pode causar déficits na postura e imagem corporal dos pacientes.

Fatores como a rígida contenção dos impulsos, a necessidade de auto-observação, a forma pela qual se dá o ingresso dos jovens na idade adulta, a multiplicação dos cursos de vida possíveis e das possibilidades de fracasso, os ditames sociais de bem-estar e êxito social, as formas específicas de conduta com relação à morte e à velhice, são exemplos que podem contribuir para a aquisição e manutenção de repertório comportamental característico da depressão (FERREIRA E TOURINHO, 2011, P.25).

Por se tratar de um problema muito incapacitante e que traz sérios riscos a saúde da população mundial, o ano de 2017 foi escolhido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para realização de uma campanha de conscientização sobre a doença. Estima-se que no mundo 250 milhões de pessoas de todas as faixas etárias sofram de depressão, sendo a quarta doença mais diagnosticada. Este número é

muito alto e representa grande parte da população mundial que, atualmente, é de cerca de 7,5 bilhões (nacoesunidas.org, 2017).

A depressão pode aparecer como consequência de condições médicas, ou seja, em decorrência de alguma doença que afete de forma significativa o funcionamento biopsicossocial dos indivíduos. Para esses autores, o início e evolução da depressão estão ligados a variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas, incluindo distúrbios dos neurotransmissores, histórico familiar de depressão, perda ou negligência precoce dos pais, eventos negativos, perdas significativas, falta de apoio social adequado e falta de motivação em longo prazo. A interação do indivíduo com o ambiente está diretamente ligada ao desenvolvimento da depressão (AZEVEDO, 2009).

Para Dematte (2003) existem evidências suficientes de que estímulos e processos psicológicos podem atuar sobre a atividade hormonal e modificá-la de forma significativa. Os fatores psicológicos, neuroendocrinológicos e imunológicos se comunicam pelos hormônios e terminações nervosas a fim de equilibrar o sistema imunológico e promover o equilíbrio do corpo humano. Um paciente em tratamento oncológico e hematológico, por exemplo, ao apresentar sintomatologia depressiva pode agravar o quadro da doença de base, prejudicando o processo de cura ou a minimização dos danos. Por isso, a depressão trata-se de uma doença complexa e multifatorial (EL-JAWAHRI et al., 2016).

A depressão é o resultado da crescente compreensão da complexidade e interdependência entre os fatores psicológicos, neurológicos e hormonais, fundamentados sobre a predisposição geneticamente determinada do indivíduo, num contexto multilateral, holístico e multidependente a um mesmo tempo (DEMATTE, 2003, p. 18).

Estas premissas não fogem muito ao que já foi apresentado do conceito de depressão anteriormente nesta dissertação, entretanto, apresenta a prerrogativa de que há fatores neurológicos e hormonais que afetam no desenvolvimento da mesma, bem como influência genética. Além disso, há consequências fisiológicas da depressão, principalmente para quem está em tratamento médico, sendo evidente que a piora fisiológica pode estar relacionada com os estados depressivos do paciente. Neste sentido, a busca por tratamento psicológico se faz necessária, e quanto mais o profissional estiver engajado e seguro de seu conhecimento sobre o

assunto, melhor poderá atender e encaminhar o paciente. Deste modo, o próximo tópico realiza considerações sobre o tratamento para depressão.

Machado-Vieira e Soares (2007) apresentaram que a depressão é um dos transtornos de humor mais difíceis de tratar. Mencionaram, ainda, que fatores genéticos, falta de um diagnóstico adequado, adesão falha ao tratamento, estressores biológicos e psicossociais são elementos preponderantes que estimulam o desenvolvimento de depressão. Bauer et al., (2009) e Fleck et al. (2009) apontaram algumas diretrizes mundiais para o tratamento da depressão. Os autores mencionaram que para tratar a depressão se faz necessário associar a orientação psicológica, junto com a farmacoterapia e o acompanhamento de adesão ao tratamento por parte do paciente. Relataram ainda que a família deve fazer parte deste processo, mas que, para isso, precisa ser bem orientada pelos profissionais, principalmente na evolução e sintomatologia já descritos da doença, opções de tratamento, efeitos da medicação, percepção do indivíduo quando o mesmo apresenta sinais de crise, estimulação de projetos futuros e preparação para alta.

Além das diretrizes mencionadas anteriormente no tratamento da depressão, existem outros métodos de trabalho que o profissional especializado pode utilizar, como por exemplo, as tecnologias computadorizadas em saúde. Brunoni et al. (2010) pesquisaram as técnicas de neuromodulação para o tratamento da depressão. Na atualidade, essas técnicas estão sendo estudadas por neurologistas com o objetivo de buscar soluções mais eficientes no tratamento da doença. No estudo, os pesquisadores chegaram à conclusão de que a eletroconvulsoterapia e a estimulação transcraniana por corrente contínua são estratégias com um perfil benigno de efeitos adversos. A estimulação cerebral profunda e a estimulação de nervo vago também podem ser consideradas nesse processo, entretanto, possuem caráter mais invasivo.

Estas tecnologias ainda são pouco utilizadas no tratamento da depressão, sendo mais comum a intervenção medicamentosa e psicoterápica. Sendo assim, Powell et al., (2008) estudaram as perspectivas cognitivo-comportamentais no tratamento da depressão. Segundo os autores, os pacientes depressivos geralmente podem ter suas capacidades de processamento de informações e percepções alteradas. Podem também apresentar comportamentos de inflexibilidade e erros de interpretação quanto ao próprio estilo de vida. No tratamento, é importante que os profissionais colaborem para que o paciente discrimine suas percepções

deturpadas, olhe para a realidade dos fatos e não para fantasias, principalmente no sentido de tentar se reconstruir cognitivamente.

Para tratar a depressão, é importante que o paciente identifique seus problemas cotidianos, pois assim, podem-se propor atividades semi-estruturadas aos sujeitos que aumentariam a probabilidade do contato com reforçadores positivos. Nesse sentido, o profissional promoveria atividades que levariam à resolução dos problemas e, conseqüentemente, à promoção do aumento das possibilidades do contato com situações prazerosas aos pacientes. Caberia então ao terapeuta tentar mapear as contingências que estariam mantendo os comportamentos depressivos do cliente no contexto em que ele se encontra, e, assim, alterá-las (ABREU, 2006, P.324).

O ambiente no qual o indivíduo está inserido é preponderante no desenvolvimento da depressão e precisa ser modificado para que o problema possa ser tratado. Nesta perspectiva, Costa e Fiorini (2009) apontaram que a cultura pode influenciar no bem-estar das pessoas. As representações atuais de saúde mental podem estar vinculadas a valores culturais que consideram em grande escala a quantidade de recursos econômicos, relações humanas harmônicas e sem problemas, e, ausência de pensamentos e sensações negativas. Diversos pacientes comparam as próprias vidas com as vidas aparentemente perfeitas observadas nos meios de comunicação e percebem que não se enquadram naqueles ideais. Isto pode gerar ou potencializar um mal-estar, fazendo com que eles busquem apoio psiquiátrico. Diante disso, quando um paciente não corresponde ao padrão de bem-estar colocado pela cultura, sua saúde mental e QV podem ficar prejudicadas. No caso de pacientes em TCTH, o distanciamento destes ideais preconizados pela cultura é evidente. Isto pode colaborar para promover sofrimento ou entristecimento neste público alvo vulnerável.

Nesse aspecto, Lima e Fleck (2011) realizaram um estudo de coorte, no período de 9 meses, para verificar a QV dos pacientes com diagnóstico de depressão e que realizavam tratamento farmacológico. Aplicaram um questionário de qualidade de vida (*Quality of Life Depression Scale – QLDS*) com 179 sujeitos, sendo que a maioria (79%) era do sexo feminino. O estudo demonstrou que pacientes com sintomas depressivos dificilmente são reconhecidos ou recebem tratamentos adequados em unidades de cuidados primários no Sul do Brasil. A grande maioria dos pacientes permaneceu com sintomas depressivos ao longo dos nove meses, apresentando prejuízos na QV e comorbidades.

No que se refere a pacientes oncológicos e hematológicos, que é o tema desta dissertação, sabe-se que a depressão é comum entre eles, tanto na fase pré como pós transplante. De acordo com Fermo et al. (2015) pessoas com doenças onco-hematológicas possuem propensão maior a desenvolver transtornos de humor como a depressão, justamente pelo impacto da doença e pelas modificações exacerbadas na rotina do indivíduo. Desta forma, as instituições precisam trabalhar para minimizar esses impactos.

As instituições de saúde estão cuidando de pessoas com processos de doença, tratamentos e tecnologias cada vez mais complexos, o que exige maiores esforços em direção a um grande sistema de cultura de segurança do paciente. Dentre esses cenários, destacam-se as unidades que realizam o Transplante de Medula Óssea (TMO) ou Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH), visto que, durante todo o processo, o paciente está constantemente exposto a tecnologias invasivas, procedimentos médicos de alta complexidade, imunossupressão e resistência antimicrobiana (FERMO, 2015, P. 1140).

Andres et al. (2005) discutiram que a família e uma boa rede de apoio são fatores protetores ao desenvolvimento da depressão em pacientes pré e pós TCTH. É muito importante compreender e incorporar a experiência dos pais no processo de TMO de seus filhos. Isto porque muitas mudanças ocorrem na vida de ambos, quebrando a homeostase da família e, portanto, este fator pode desencadear depressão. Além disso, o medo de que os filhos morram assombra esses familiares, uma vez que a morte é um assunto complexo e rodeia os pacientes que estão em serviços de TMO. Andres et al. (2005, p. 418) analisaram como potenciais desenvolvedores e agravadores de quadros depressivos nos pacientes de TMO os seguintes aspectos: “mudanças e limitações decorrentes da terapêutica, alteração na dinâmica familiar, interrupção do processo de escolarização, complicações de ordem física e psicossocial, longos períodos de internação, reinternações frequentes, necessidade de isolamento protetor, terapêutica agressiva e a possibilidade de insucesso”.

Corroborando estas informações, Matias et al. (2011) afirmaram que, mesmo o TCTH surgindo como uma possibilidade de cura, o transplante pode, também, vir a desencadear medos e incertezas, pois aumenta o risco de que a sobrevida do paciente seja diminuída em decorrência de complicações do próprio procedimento, como já foi mencionado no tópico complicações do TMO nesta dissertação. Essa ambiguidade desperta sentimentos ambivalentes de medo e esperança. É comum,

ainda, que o paciente se preocupe com sua condição física, enfrente complicações na fase pós TCTH, interrupções de projetos e descontinuidade de sua vida social devido ao longo período de internação.

Além disso, existe a quimioterapia agressiva que desencadeia efeitos colaterais, regime de isolamento protetor durante o período crítico da doença, e efeitos adversos do tratamento de longo prazo. Estes efeitos podem gerar infertilidade, disfunção hormonal e, em alguns casos, acontece a recidiva da doença de base. A pessoa submetida ao transplante também pode passar por dificuldades financeiras durante o tratamento (MATIAS et al., 2011). Tais estressores podem interferir de modo negativo na vida dos pacientes, desencadeando transtornos mentais como a depressão e a ansiedade, além de déficits na QV dos mesmos. Sendo assim, faz-se necessário entender o fenômeno da QV, que será o próximo tópico desta dissertação.

6 QUALIDADE DE VIDA

Como visto e fundamentado nos primeiros itens da presente dissertação, a hospitalização e TCTH podem causar sofrimento na tríade pacientes – familiares – profissionais. Além desse sofrimento, o desenvolvimento de transtornos mentais diversos e déficits na QV é comum. Diante disso, os profissionais da saúde, dentre eles os psicólogos, devem estar atentos a esses elementos para que possam realizar intervenções focais e efetivas dentro de suas especificidades. É necessário que os profissionais conheçam o conceito de QV e identifiquem, no contato com os pacientes, as demais características em torno deste conceito.

6.1 Conceito de qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995) QV pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Diversos outros autores (DIAS E SILVA, 2006; DELFINO et al., 2012; GIMENES, 2013; KUNZLER E ARAÚJO, 2013) que estudam a temática da qualidade de vida compartilham deste mesmo conceito.

Para Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009), o conceito de QV passou a ser de interesse, inicialmente, de sociólogos, filósofos e políticos. Posteriormente, com a crise nos ambientes de saúde, a Medicina também passou a se preocupar com esse conceito e sua aplicabilidade junto aos pacientes. Esse movimento foi realizado para tentar valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida. As medidas de QV podem fornecer informações sobre aspectos pessoais e sociais, bem como medidas de incapacidade e bem-estar psicológico. É importante que os profissionais se capacitem e busquem formas efetivas de avaliar a QV dos pacientes, pois a adesão aos tratamentos e sua potencialização são ampliados à medida em que se presta atenção a indicadores QV.

De acordo com Seidl e Zannon (2004) na atualidade, o conceito de QV passou a ser banalizado no senso comum, geralmente via marketing e mídia, políticos, gestores, profissionais da saúde e no contexto de pesquisa. Isso porque a saúde está diretamente ligada aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e à forma como as pessoas vivem. A melhoria da QV passou a ser amplamente divulgada para promoção ou prevenção de doenças. A busca de QV está sendo incluída nos indicadores de sucesso ou fracasso de tratamentos, bem como sendo incorporada nas rotinas dos serviços hospitalares influenciando na prática baseada em evidências das equipes de saúde.

Segundo Khoury e Sá-Neves (2014) a percepção de controle, independência, autonomia e manutenção dos aspectos cognitivos são elementos essenciais para a QV dos indivíduos. Percepção de controle refere-se à crença de estar no controle da própria vida e dos elementos que permeiam a mesma. Sabe-se que, nos dias atuais, essa capacidade é limitada pelas regras sociais, e, ainda, na população que possui limitações físicas, como pacientes idosos e oncológicos/hematológicos, fica ainda mais reduzida, visto que estão sujeitos a inúmeras restrições que podem afetar sua percepção de controle e QV. Uma vez entendido o conceito de QV, é importante analisar como isso aplica ou se desenvolve entre pacientes que fazem tratamento em serviços de TMO, o que será explanado no próximo tópico deste trabalho.

6.2 Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoiéticas

Na atualidade, diversos estudos (SLOVACEK et al., 2007; GUIMARÃES et al., 2008; DORO et al., 2015) avaliaram a QV em pacientes pré e pós TCTH. Por exemplo, Guimarães et al. (2008) apontaram que são comuns os déficits da QV desses pacientes antes da realização do transplante, acompanhados do aumento dos sintomas e possíveis complicações à saúde dos pacientes. Entretanto, após o transplante já se percebe melhora da capacidade para realizar atividades do cotidiano e a possibilidade renovada de traçar metas e planos futuros. Ainda assim, isto não é uma regra.

Melo et al. (2013) afirmam que possuir metas, objetivos e ter um sentido para vida bem definido em longo prazo podem contribuir para melhorar a QV, principalmente nas populações vulneráveis e nas pessoas próximas a eles. Um sentido de vida³ estabelecido facilita que o indivíduo se sinta estimulado a melhorar de vida, criando sua própria forma de enfrentar as situações aversivas e, conseqüentemente, melhorando sua QV. A equipe de saúde possui um papel fundamental nesse quesito, funcionando como parte dos agentes protetores da saúde mental dos pacientes.

Oliveira e Spiri (2003) apontaram que uma equipe multiprofissional de saúde comprometida e coesa pode fazer a diferença na QV dos pacientes. A integração entre os membros da equipe permite que os profissionais troquem informações relacionadas aos pacientes para tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade identificada. Assim, o paciente e a família podem se sentir acolhidos ao terem suas principais reclamações resolvidas e, então, conseguirão confiar na equipe permitindo maior interação. O vínculo estabelecido melhora a qualidade da assistência porque paciente e familiares aderem ao tratamento e participam das intervenções. Essa é uma das metas primordiais das equipes de saúde, principalmente as que trabalham com pacientes oncológicos e hematológicos.

Outro tema que permeia a QV é a espiritualidade. Alguns estudos (FLECK E SKEVINGTON, 2007; PANZINI et al., 2007; PANZINI et al., 2011) colocam que existe crescente valorização do elemento fé na área da saúde. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais são dimensões valorizadas em diferentes culturas,

³Sentido de Vida: “Mola impulsionadora da existência”; “Motivação primeira para a vida humana” (FRANKL, 1985, citado por Pereira, 2007, p. 126).

particularmente com relação aos pacientes. Há relação entre espiritualidade e QV, principalmente no que se refere ao bem-estar, satisfação, estabilidade no casamento, valores prossociais e fatores protetores à saúde. Assim, os profissionais da saúde possuem indicações científicas do benefício da estimulação da espiritualidade nos procedimentos terapêuticos de qualquer doença (FLECK, 2000).

Nos serviços de hematologia e oncologia são comuns menções claras à espiritualidade, com a presença constante de pastores, padres e imagens de santos, entre outros. Vlek (2003) também colocou que a espiritualidade é importante para a QV dos pacientes, entretanto, vai muito além disso. O autor elencou outros atributos que são necessários para que o indivíduo possa gozar de uma boa QV, tais como: saúde, família, segurança, liberdade, privacidade, mais tempo de lazer, boas condições de educação e trabalho, qualidade do ambiente e contexto ao qual o indivíduo está inserido, aceitação da própria identidade, autorrespeito, qualidade das relações sociais e, por último, dinheiro, renda, conforto, status e beleza. Sabe-se que estes elementos ficam em desequilíbrio quando se trata de pacientes oncológicos e hematológicos, o que pode vir a contribuir para os déficits na QV dos mesmos.

Deste modo, Doro et al. (2015) apontaram que é de extrema importância que os serviços hospitalares de TCTH zelem pela QV de seus pacientes. Para isto, se faz necessário um grande investimento na qualidade ambiental daquele espaço, do trabalho humanizado e do desenvolvimento de estratégias clínicas efetivas com o objetivo de minimizar o impacto psicológico negativo em torno da doença. O psicólogo, por exemplo, pode fazer uso de suas técnicas de trabalho como a escuta cautelosa, entrevistas, aplicação de testes, recursos lúdicos, técnicas de relaxamento, observações, entre outras para atingir tal objetivo. Essas estratégias precisam estar articuladas com o diagnóstico, as intervenções e suas possibilidades em relação à doença. Além disso, o investimento e cuidado com estes detalhes mencionados podem ser considerados fatores preventivos a transtornos psicopatológicos nos pacientes, como ansiedade e depressão.

Sendo assim, o próximo tópico da dissertação explanará sobre a avaliação psicológica no contexto hospitalar, principalmente nos serviços de TCTH, enfocando em instrumentos de aferição da ansiedade, depressão e QV em torno destes pacientes.

7 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Realizar avaliação psicológica é uma das tarefas mais comuns entre os psicólogos dentro de vários contextos de atuação. Na área clínica e hospitalar isso fica mais evidente, uma vez que diagnósticos de problemas emocionais aparecem com maior frequência em tais ambientes (BARROS et al., 2016). Desta forma, é muito importante que o profissional saiba seu papel e como desempenhar estas funções com o auxílio de instrumentos próprios para isso. Neste sentido, essa dissertação explanará sobre estes instrumentos apoiada cientificamente na literatura específica de avaliação psicológica.

De acordo com Chiodi e Wechsler (2008, p. 200) “avaliação psicológica é um processo de coleta e interpretação de dados, realizado por meio de instrumentos psicológicos, tendo por finalidade o maior conhecimento do indivíduo, a fim de que sejam tomadas determinadas decisões”. Sob outra perspectiva, Araújo (2007) explanou que a avaliação psicológica é um procedimento clínico que envolve a organização de métodos e técnicas específicas na medição de funções cognitivas e comportamentais. Estas técnicas variam desde a entrevista, observação, uso de testes psicológicos, técnicas projetivas, ludoterapia, entre outras.

Para Noronha e Reppold (2010), a avaliação psicológica deve ser vista como algo próprio e privativo da profissão, embora se note, na atualidade, que muitos profissionais também façam uso desta função, como médicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros. Resgatando a lei 4.119 de 27 de Agosto de 1962, a qual regulamenta a profissão da Psicologia, em seu artigo 13º, aponta como função privativa do psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de fazer diagnósticos psicológicos, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento (BRASIL, LEI 4119/62). São exemplos de técnicas e métodos de avaliação psicológica: entrevista clínica, definição de objetivos, duração, escolha criteriosa dos instrumentos, observação, dinâmicas de grupo, sessões de psicoterapia, entrevista devolutiva, elaboração do laudo, entre outras (ARAÚJO, 2007).

Nesse sentido, vale ressaltar que é necessário entender a complexidade de uma avaliação psicológica, bem como conhecer profundamente as circunstâncias em que ela deve ser feita, a escolha, o manuseio, interpretação e *feedback* dos

instrumentos. Para isso, somente a formação continuada e prática constante poderão ser capazes de tornar um profissional apto a realizar avaliação psicológica de forma adequada e científica (NORONHA E REPPOLD, 2010). Além da formação continuada, o profissional deve saber que avaliação psicológica não é somente aplicação de testes, mas um conjunto de técnicas que integram os dados levantados nestes testes para obter uma compreensão geral do comportamento avaliado.

Na escolha dos instrumentos, o profissional deve atentar para os níveis de validade e fidedignidade dos mesmos, uma vez que aplicar testes que não passaram por estas etapas pode descaracterizar o trabalho como científico. A validade de um teste consiste em estabelecer cientificamente que os itens que estão presentes neles são passíveis de medição e fazem parte das características psicológicas dos indivíduos. Já a fidedignidade deve medir com o máximo de objetividade os sujeitos em ocasiões diferentes. O teste precisa mostrar o quanto ele se aproxima do ideal para medir com o mínimo de imperfeições, apresentando um coeficiente estatístico (CHIODI E WECHSLER, 2008).

Até o momento foram apresentados dados sobre avaliação psicológica de um modo geral, entretanto, o hospital é um contexto diferenciado do consultório tradicional. Deste modo, é importante que o profissional saiba como adequar da melhor forma possível a avaliação psicológica dos pacientes neste *setting*. Como trouxe Simonetti (2006), a hospitalização pode desencadear e potencializar transtornos psicopatológicos nos pacientes, daí a necessidade do profissional estar atento e apto a realizar uma boa avaliação a fim de proceder os encaminhamentos necessários. Além disso, como já foi mencionado nesta dissertação, quanto melhor amparado psicologicamente o paciente se encontrar, melhores as chances de minimização do impacto da doença física na vida dele.

Ao se deparar com os aspectos psicológicos que se encontra a doença, nos defrontamos com diversas manifestações psíquicas da subjetividade humana, tais como: sentimentos, desejos, pensamentos, comportamentos, fantasias, lembranças, estilos de vida, e o modo de adoecimentos que é intrínseco de cada ser. No hospital, o psicólogo tem uma função ativa e real, que não puramente interpretativa. Sua atuação se dá ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e familiar ao enfrentamento da intensa crise. Também fica atento aos transtornos mentais associados à patologia, tornando o paciente ativo no seu processo de adoecimento e hospitalização (CANTARELLI, 2009, P. 139).

Especificamente, os serviços de hematologia e oncologia possuem equipes engajadas no atendimento a estes pacientes devido à alta complexidade biopsicossocial que eles demandam. Santos et al. (2013) mencionaram que o paciente oncológico e hematológico está muito propenso a transtornos mentais decorrentes da doença, portanto, a avaliação psicológica neste contexto é comum. Após o diagnóstico de câncer, vem pela frente um tratamento invasivo, cuja mudança no cotidiano dos pacientes e pessoas próximas é evidente. As restrições físicas e sociais também farão parte da vida deles. Neste sentido, o profissional precisa ter muito claro seu papel na avaliação psicológica e no entendimento dela para que não constranja o paciente e não o prejudique, visto que o mesmo pode estar em um momento de vulnerabilidade.

Chiodi e Wechsler (2008) apontaram que o uso incorreto ou inadequado de instrumentos na avaliação psicológica pode trazer prejuízos emocionais ao paciente, fazendo um movimento contrário à saúde dos mesmos. Os autores elencaram fatores que podem descaracterizar uma avaliação psicológica e desestabilizar ainda mais pacientes vulneráveis.

(1) reproduzir material sujeito a direitos autorais, (2) utilizar testes inadequados em sua prática, (3) estar desatualizado na sua área de atuação, (4) desconsiderar os erros das medidas nas suas interpretações, (5) utilizar folhas de respostas inadequadas, (6) ignorar a necessidade de explicações sobre pontuação nos testes aos solicitantes da avaliação, (7) permitir a aplicação de testes por pessoal não qualificado, (8) desprezar condições que afetam a validade dos testes em cada cultura, (9) ignorar a necessidade de arquivar o material psicológico coletado e (10) interpretar além dos limites dos testes utilizados. Tais falhas éticas trazem inúmeras implicações e comprometem a área de Avaliação Psicológica e os pacientes (CHIODI E WECHSLER, 2008, P. 2003).

Como visto até aqui, percebe-se a necessidade da avaliação psicológica no hospital e nos serviços de TMO, principalmente para aferição de ansiedade, depressão e QV que são as variáveis deste estudo. O psicólogo precisa estar consciente de sua atuação e dos instrumentos validados que podem ser úteis na medição destes aspectos, sendo o tema do próximo tópico.

8 INSTRUMENTOS

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) criou uma plataforma de avaliação dos instrumentos que os psicólogos podem utilizar chamada de SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos). Nesta plataforma são colocados os testes favoráveis ao uso por parte dos profissionais, bem como os desfavoráveis, os privativos do psicólogo e os não privativos. No que se refere à ansiedade, o teste com parecer favorável à sua utilização é o Inventário de Ansiedade Beck (BAI) traduzido por Jurema Alcides Cunha em 2001. O IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-estado feito por Ângela Biaggio (1979, 2002), que é amplamente conhecido no meio científico da Psicologia, encontra-se com parecer desfavorável ao uso. O SATEPSI (2017) ainda apontou como um instrumento não privativo do psicólogo para avaliar ansiedade o “Inventário de ansiedade: a mente vencendo o humor”, dos autores Greenberger e Padeski (2011). O quadro 1 representou a síntese dos instrumentos para ansiedade conforme o SATEPSI (2017).

QUADRO 1: SÍNTESE DOS INSTRUMENTOS DE ANSIEDADE CONFORME SATEPSI (2017)

Instrumento	Autor/Ano	Situação
BAI	Cunha (2001)	Favorável
IDATE	Biaggio (1979/2002)	Desfavorável
Inv. Ansiedade: a mente vencendo o humor	Greenberger e Padeski (2011)	Não privativo

FONTE: SATEPSI (2017), adaptado pelo autor (2017).

Sobre os instrumentos para avaliar depressão, o SATEPSI mencionou como favoráveis: o Inventário Beck de Depressão (BDI), da autora Jurema Alcides Cunha em 2001; a Escala Baptista de Depressão versão adulto (EBADEP), da autora Maklim Nunes Baptista, em 2012; a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), das autoras Adriana Munhoz Carneiro e Maklim Nunes Baptista, em 2014. Como desfavoráveis, encontram-se os instrumentos: a Escala Baptista de Depressão versão infanto-juvenil (EBADEP-IJ), da autora Maklim Nunes Baptista, 2015. Como instrumento não privativo dos psicólogos, encontra-se o “Inventário de depressão: a mente vencendo o humor”, dos autores Greenberger e Padeski (2011). O quadro 2 representou a síntese dos instrumentos para depressão conforme o SATEPSI (2017).

QUADRO 2: SÍNTESE DOS INSTRUMENTOS DE DEPRESSÃO CONFORME SATEPSI (2017)

Instrumento	Autor/Ano	Situação
BDI	Cunha (2001)	Favorável
EBADEP	Baptista (2014)	Favorável
EPD	Carneiro e Baptista (2014)	Favorável
EBADEP-IJ	Baptista (2015)	Desfavorável
Inv. Depressão: a mente vencendo o humor	Greenberger e Padeski (2011)	Não privativo

FONTE: SATEPSI (2017), adaptado pelo autor (2017).

Para avaliação de QV, o SATEPSI não apresenta nenhum instrumento privativo do psicólogo favorável ao uso. O que se têm mencionado e indicado pelo SATEPSI é um instrumento não privativo chamado SF-36 (Questionário de Qualidade de Vida SF-36) que avalia a condição geral de saúde, e, o chamado Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Este feito pelos autores Gisele Alves, Ivan Rabelo, Irene Lemes, Rodolfo Ambiel e Silvia Pecanaro, em 2011, mas que ainda está em avaliação por parte dos pareceristas do SATEPSI, portanto, não sendo ético por parte dos psicólogos utilizá-lo sem estar favorável. Segundo Fleck (2000) a Organização Mundial da Saúde recomenda o *The World Health Organization Instrument* (WHOQOL). O quadro 3 representou tais informações.

QUADRO 3: SÍNTESE DOS INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA CONFORME SATEPSI (2017) E FLECK (2000)

Instrumento	Autor/Ano	Situação
SF-36	Não mencionado	Não privativo
GSG	Alves et al. (2011)	Em avaliação
WHOQOL	OMS – FLECK (2000)	Recomendado

FONTE: SATEPSI (2017), adaptado pelo autor (2017).

Estes instrumentos podem ser utilizados na realidade brasileira conforme a indicação do CFP em qualquer contexto de atuação dos psicólogos. Em relação aos contextos de saúde, a literatura apresenta escalas de avaliação de aspectos emocionais especificamente dirigidas a variáveis relativas à doença, hospitalização e suas vicissitudes. Os apêndices 1 e 2 tratam-se de estudos de revisão sistemática

de literatura em que os pesquisadores levantaram os instrumentos para ansiedade e depressão na realidade brasileira.

Cruz (2010) em sua tese de doutorado pesquisou os instrumentos para avaliação de QV no Brasil nos contextos de saúde, inclusive o hospitalar. A autora encontrou como instrumentos recomendados por seu nível de validade e cientificidade o WHOQOL- BREF e SF-36, que é mencionado pelo CFP como um instrumento de uso não privativo do psicólogo. E os instrumentos para avaliar ansiedade, depressão e QV no contexto do TCTH, bem como seus desfechos? Essa pergunta refere-se ao objetivo central da presente dissertação, portanto, será respondida a partir dos resultados da mesma.

Diante de tudo o que foi exposto na revisão de literatura, fica evidente a complexidade da atuação profissional nos serviços de TCTH. Isto porque há forte vulnerabilidade física nos pacientes que estão em tratamento, e, por conta deste fator, a propensão ao desenvolvimento de problemas emocionais é maior. Nesse sentido, a avaliação dos aspectos emocionais, principalmente ansiedade, depressão e QV nas fases pré e pós transplante é de suma importância. Vale ressaltar que não dar atenção adequada para os aspectos emocionais dos pacientes pode influenciar diretamente no quadro clínico dos mesmos. Realizar avaliação psicológica é uma tarefa complexa, haja vista que o psicólogo deve ter amplo conhecimento sobre o assunto, tanto teórico como prático. Acima de tudo, ele precisa saber quais os instrumentos específicos, inclusive dentro da sua realidade sociocultural, e que melhor atenderão a demanda de forma ética e científica, para que então, possa verificar a necessidade de encaminhamento ou não, para um tratamento adequado e não iatrogênico.

9 MÉTODO

9.1 Revisão sistemática

A presente dissertação englobou uma revisão sistemática de literatura. Segundo Sampaio e Mancini (2007), esse tipo de investigação disponibiliza uma síntese das evidências relacionadas a um tema específico, na qual se utiliza uma sistematização metodológica na busca por publicações de qualidade sobre determinado assunto. Os pesquisadores devem trabalhar criticamente sobre as publicações para poder sintetizá-las e responder ao problema de pesquisa. Esse modelo de pesquisa, ao integrar informações de um número considerável de estudos pode identificar orientações que norteiem o profissional na melhor tomada de decisão sobre sua prática profissional diária e com a melhor evidência científica.

Guanilo et al. (2011) definiram a revisão sistemática da seguinte maneira:

A Revisão Sistemática (RS) constitui o meio para obter os subsídios para a Prática Baseada em Evidências (PBE). É uma metodologia rigorosa proposta para: identificar os estudos sobre um tema em questão, aplicando métodos explícitos e sistematizados de busca; avaliar a qualidade e validade desses estudos, assim como sua aplicabilidade no contexto onde as mudanças serão implementadas, para selecionar os estudos que fornecerão as Evidências Científicas (EC) e, disponibilizar a sua síntese, com vistas a facilitar sua implementação na PBE. Cada um desses momentos é planejado no protocolo da RS considerando critérios que os validam, para minimizar o viés e outorgar qualidade à metodologia. Devem-se registrar os procedimentos desenvolvidos em cada momento, para possibilitar que a RS seja reproduzida e conferida por outros pesquisadores, tornando-a uma metodologia consistente para embasar a PBE (GUANILO et al., 2011, P. 1261).

Sampaio e Mancini (2007) apontaram que, para realizar uma revisão sistemática de literatura, é necessário prestar atenção a alguns aspectos. O primeiro deles se refere à definição do problema de pesquisa. A pergunta a qual a pesquisa precisa responder deve ser feita de forma clara. Em seguida, traçam-se as estratégias de busca. Nesta etapa, deve-se definir quais bases de dados científicos serão utilizadas para a coleta de publicações que respondam ao problema de pesquisa, bem como as palavras-chave necessárias nesta busca. Para Galvão et al. (2004), além dos itens mencionados anteriormente, faz-se necessário estabelecer os critérios de seleção dos artigos. Esses critérios devem ser aplicados ao estudo por dois examinadores independentes que seguirão o protocolo de forma idêntica.

Na avaliação dos artigos, os pesquisadores analisam criticamente todos os estudos incluídos na pesquisa. Quanto maior a qualidade do estudo publicado, maior a qualidade da revisão sistemática (GALVÃO et al., 2004; ROTHER, 2007; SAMPAIO E MANCINI, 2007; GUANILO et al., 2011). Para finalizar a revisão sistemática, Sampaio e Mancini (2007) indicaram que é importante sintetizar as informações. Nesse sentido, deve-se preparar um resumo crítico, selecionando as informações mais importantes disponibilizadas nos estudos e que foram incluídas na pesquisa. Na conclusão, apresentam-se as evidências sobre o efeito da intervenção, bem como a resposta para o problema de pesquisa.

Em síntese, Rother (2007) afirmou que uma revisão sistemática de literatura possui uma questão específica a ser respondida, em fontes abrangentes, com uma estratégia de busca explícita e com critérios de seleção uniformes. A autora afirmou ainda que as revisões sistemáticas são quantitativas ou qualitativas, e, devem ser avaliadas com rigidez metodológica, sendo reproduzíveis, e, geralmente, baseadas em pesquisas clínicas (RIERA et al., 2006; BERWANGER et al., 2007; SOUSA et al., 2009; BAENA, 2014).

10 PERCURSO DO MÉTODO

10.1 Questão norteadora

A presente dissertação teve como problema de pesquisa a seguinte questão: Quais são os instrumentos de aferição para Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida em pacientes pré/pós transplantados com células-tronco hematopoiéticas publicados na literatura nacional e internacional?

10.2 Descritores

A busca das publicações a respeito do problema de pesquisa foi realizada por meio das seguintes bases de dados científicos: Scielo, Portal BVS, *Pubmed*, *Web of Science* e *Scopus*. Tais bases de dados foram escolhidas por serem mais utilizadas por profissionais psicólogos e por terem maior fator de impacto nas evidências científicas. As palavras-chave ou descritores de busca foram mencionadas e

correlacionadas desta forma: “*Hematopoietic stem cell transplantation*” AND (*anxiety OR depression*) AND (“*quality of life*” OR “*surveys and questionnaires*” OR *psychometrics*). A tradução para o português ficou como: “transplante de células-tronco hematopoiéticas” E (ansiedade OU depressão) E (“qualidade de vida” OU inquéritos e questionários” OU psicometria). No dia 21 de Dezembro de 2016 foi realizado um treinamento sobre estratégias de busca com a bibliotecária referência da Biblioteca do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

10.3 Critérios para inclusão dos artigos

Foram incluídos os artigos publicados com Qualis A e B, segundo a classificação da Capes, nas áreas de Psicologia e Medicina (CAPES, 2016). Os artigos foram selecionados por dois revisores. Um dos revisores foi o autor principal desta dissertação. O segundo revisor foi um psicólogo especialista em Psicologia Clínica com experiência em pesquisa e professor na área de avaliação psicológica. O mesmo passou por treinamento específico. As discordâncias em relação aos artigos escolhidos para serem analisados foram debatidas pelos pesquisadores em conjunto. Os artigos selecionados, e que foram analisados na presente dissertação, apresentaram os seguintes itens:

Pesquisas de campo (Estudos descritivos, Transversais, Caso controle, Coorte, Ensaio clínico randomizado) sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas; Estudos identificados por meio das bases de dados eleitas; Os estudos que continham como participantes das pesquisas pessoas em período pré e pós transplante de células-tronco hematopoiéticas; A população poderia ser tanto crianças, adolescentes, adultos e idosos, do sexo masculino e feminino; Os estudos que apresentaram a utilização de pelo menos um instrumento de aferição dos elementos psicossociais ansiedade, depressão e qualidade de vida. Por exemplo: Escalas Beck Para Ansiedade e Depressão, SF-36 para Qualidade de vida, entre outros; Estudos que apresentaram claramente os desfechos ou resultados da aplicação dos instrumentos de aferição mencionados no item anterior. Exemplos de desfechos. Score para ansiedade e depressão mínimo, leve, moderado ou severo. Déficit na qualidade de vida nos itens capacidade laboral, social e físico; Os idiomas das publicações foram

português, inglês e espanhol; A lacuna temporal das publicações foi de Janeiro de 1960 a Dezembro de 2016; A coleta de dados ocorreu no período de Janeiro de 2017.

10.4 Critérios para exclusão dos artigos

As publicações que não apresentaram no método do artigo os instrumentos e desfechos em torno dos itens ansiedade, depressão e qualidade de vida foram excluídas da revisão sistemática. Por exemplo, “no estudo, os pesquisadores utilizaram o instrumento ISSL para avaliar o stress em 50 pacientes pós transplante de células-tronco hematopoiéticas”; Artigos de idiomas diferentes ao português, inglês e espanhol; Artigos publicados antes do ano 1960 não foram analisados; Estudos de revisão sistemática e metanálise; Artigos não publicados integralmente em bases eletrônicas.

10.5 Identificação, seleção e avaliação das evidências científicas dos estudos

Após a elaboração dos critérios de seleção dos artigos, realizou-se uma triagem sobre quais estudos eram relevantes e apresentaram evidência científica para fazer parte da revisão sistemática. Nesta dissertação, foi utilizado o teste de relevância I e II proposto por Pereira e Bachion (2006, p.493) e por Azevedo (2010), que serviram como modelo para construção desta revisão sistemática. Segundo a recomendação dos autores, no teste de relevância I, apenas um avaliador fez a busca dos artigos para uma triagem piloto inicial. O resultado desta busca será utilizado posteriormente pelos dois avaliadores no Teste de Relevância II. Foram incluídos os estudos nos quais todas as questões expostas no quadro 4 foram respondidas afirmativamente.

QUADRO 4: TESTE DE RELEVÂNCIA I

Questões	Sim	Não
1- O estudo está de acordo com o tema investigado?		
2- O estudo foi publicado entre os anos de 1960 e 2016?		
3- O estudo foi publicado em inglês, espanhol ou português?		
4- O estudo envolveu pacientes humanos pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas?		
5- A seção 'método' do estudo abordou os instrumentos utilizados para aferir ansiedade e/ou depressão e/ou qualidade de vida em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas?		
6- A seção dos 'resultados' do estudo abordou os desfechos para ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas? Ex de desfecho: Ansiedade leve, mínima, moderada ou severa. Score 75 para qualidade de vida (QV), o que indica qv prejudicada.		
7- O estudo foi incluído, ou seja, foi alvo de análise na presente revisão sistemática?		
Referência:		
Assinatura do avaliador:		

FONTE: Pereira e Bachion (2006, p. 493); Azevedo (2010); Adaptação do autor (2017).

Em seguida, com os resultados do Teste I, aplicou-se o teste de relevância II. Este foi aplicado pelos dois avaliadores independentemente. O estudo foi incluído na revisão somente se todas as perguntas deste teste foram respondidas afirmativamente pelos dois avaliadores. Feito isso, os dois avaliadores verificam os artigos discordantes, agendaram reunião para tomada de decisão conjunta sobre os mesmos. Para isso, utilizou-se os artigos completos, uma vez que o resumo não foi suficiente para se chegar a um consenso. O quadro 5 representou tal premissa.

QUADRO 5: TESTE DE RELEVÂNCIA II

Questões	Sim	Não
1- O tema do artigo está de acordo com o que se busca nesta dissertação? Ex: Artigos que contenham temática voltada para ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes de TMO.		
2- Os objetivos do artigo têm relação com a questão estudada nesta dissertação? Ex: Artigos que tenham como objetivo avaliar a ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes pré/pós TMO.		
3- Na metodologia do artigo estão presentes os instrumentos de aferição para ansiedade e/ou depressão e/ou qualidade de vida em pacientes pré/pós TCTH: Ex: Inventário Beck para ansiedade e depressão; SF36 para qualidade de vida.		
4- Nos resultados do artigo estão presentes os desfechos para avaliação de ansiedade e/ou depressão e/ou qualidade de vida em pacientes pré/pós TCTH? Ex: Ansiedade mínima, leve, moderada ou severa.		
Referência:		
Assinatura do avaliador:		

FONTE: Pereira e Bachion (2006, p. 493); Azevedo (2010); Adaptação do autor (2017).

Uma vez feita a aplicação dos testes de relevância I e II, os pesquisadores fizeram a sistematização dos dados necessários e propostos em um protocolo específico criado pelos autores. Este protocolo, além das informações apresentadas a seguir, também possui uma categorização dos artigos conforme sua força de evidência científica. Na presente dissertação, os artigos foram analisados conforme a avaliação de evidência científica proposta por Sampaio e Mancini (2007). O quadro 6 representou os níveis de evidência científica propostos pelos autores.

QUADRO 6: NÍVEL DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Nível de Evidência Científica	Tipo de Estudo
I	Revisão sistemática/ Metanálise
II	Ensaio Clínico Aleatório
III	Estudo de Coorte
IV	Estudo de caso controle
V	Estudo Quase-Experimentais
VI	Estudos Descritivos
VII	Experimental de Caso Único/Série de Casos
VIII	Opinião de Experts e Relato de Caso

FONTE: Sampaio e Mancini (2007, p. 78)

10.6 Protocolo

Cada artigo selecionado para análise e inclusão na presente dissertação foi verificado conforme um protocolo criado pelos pesquisadores. Neste protocolo, as seguintes informações foram registradas: referência do estudo; tema principal; tipo de estudo; país do estudo; faixa etária; n de participantes; gênero dos participantes; doença; nível de evidência científica conforme categorização de Sampaio e Mancini (2007, p. 78); intervalo de confiança; fatores de proteção a ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes pré/pós TMO (Rede de apoio, fé, equipe multiprofissional engajada, etc); fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade, depressão e déficits na qualidade de vida de pacientes pré/pós TMO (falta de apoio psicossocial, serviços mau estruturados, entre outros); instrumento para aferir ansiedade; instrumento para aferir depressão; instrumento para aferir qualidade de vida; desfecho para ansiedade; desfecho para depressão, desfecho para qualidade de vida no pré e pós transplante de células-tronco hematopoiéticas segundo categorização de Oliveira-Cardoso et al. (2009). O quadro 7 representou o protocolo de pesquisa e busca de dados.

QUADRO 7: PROTOCOLO DE PESQUISA.

Referência do estudo	
Tema principal	
Tipo de estudo	
País do estudo	
Faixa Etária	
N de participantes	
Feminino	
Masculino	
Doença	
Nível de evidência do estudo	
Intervalo de confiança	
Fatores de proteção	
Fatores de risco	
Instrumento ansiedade	
Instrumento depressão	
Instrumento qualidade de vida	
Desfecho ansiedade pré TCTH	
Desfecho depressão pré TCTH	
Desfecho qualidade de vida pré TCTH	
Desfecho ansiedade pós TCTH	
Desfecho depressão pós TCTH	
Desfecho qualidade de vida pós TCTH	

FONTE: o autor (2017).

10.7 Análise dos dados coletados

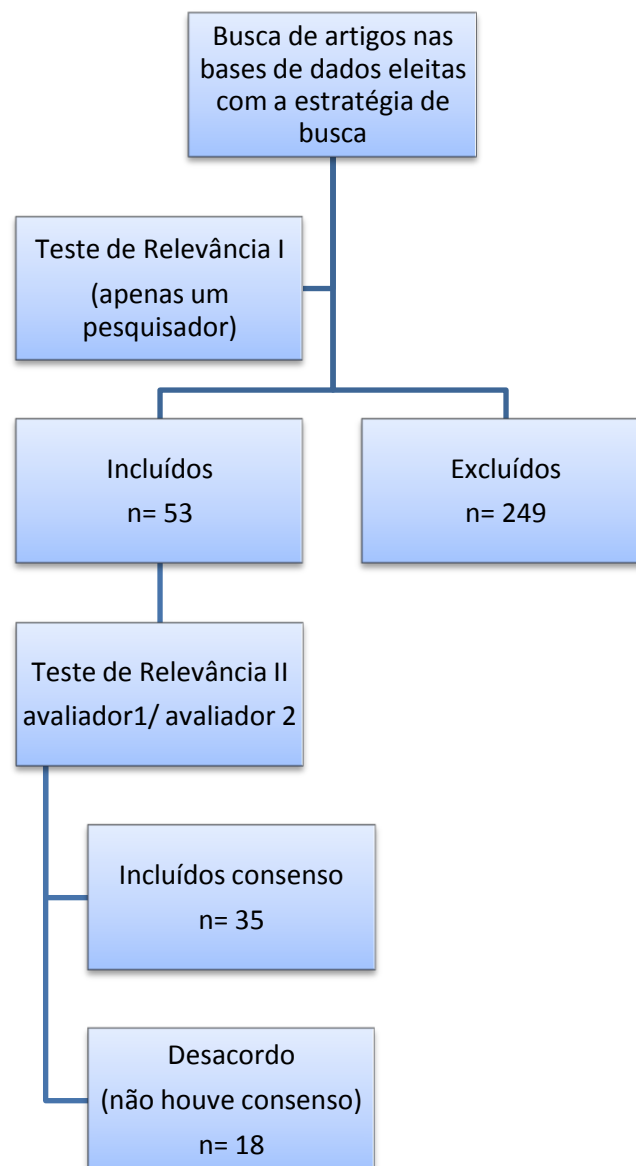
A partir do momento que o n final de artigos foi definido, houve o preenchimento de uma planilha do Excel com todas as informações do protocolo e suas respectivas respostas localizadas nas publicações. Feito isso, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Também foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para comparação entre as variáveis desfechos com intervalo

de confiança 95%. A apresentação dos dados foi feita através de gráficos, tabelas e quadros. A estatística foi feita no programa SPSS, versão 21.0

10.8 Síntese do procedimento de coleta de dados

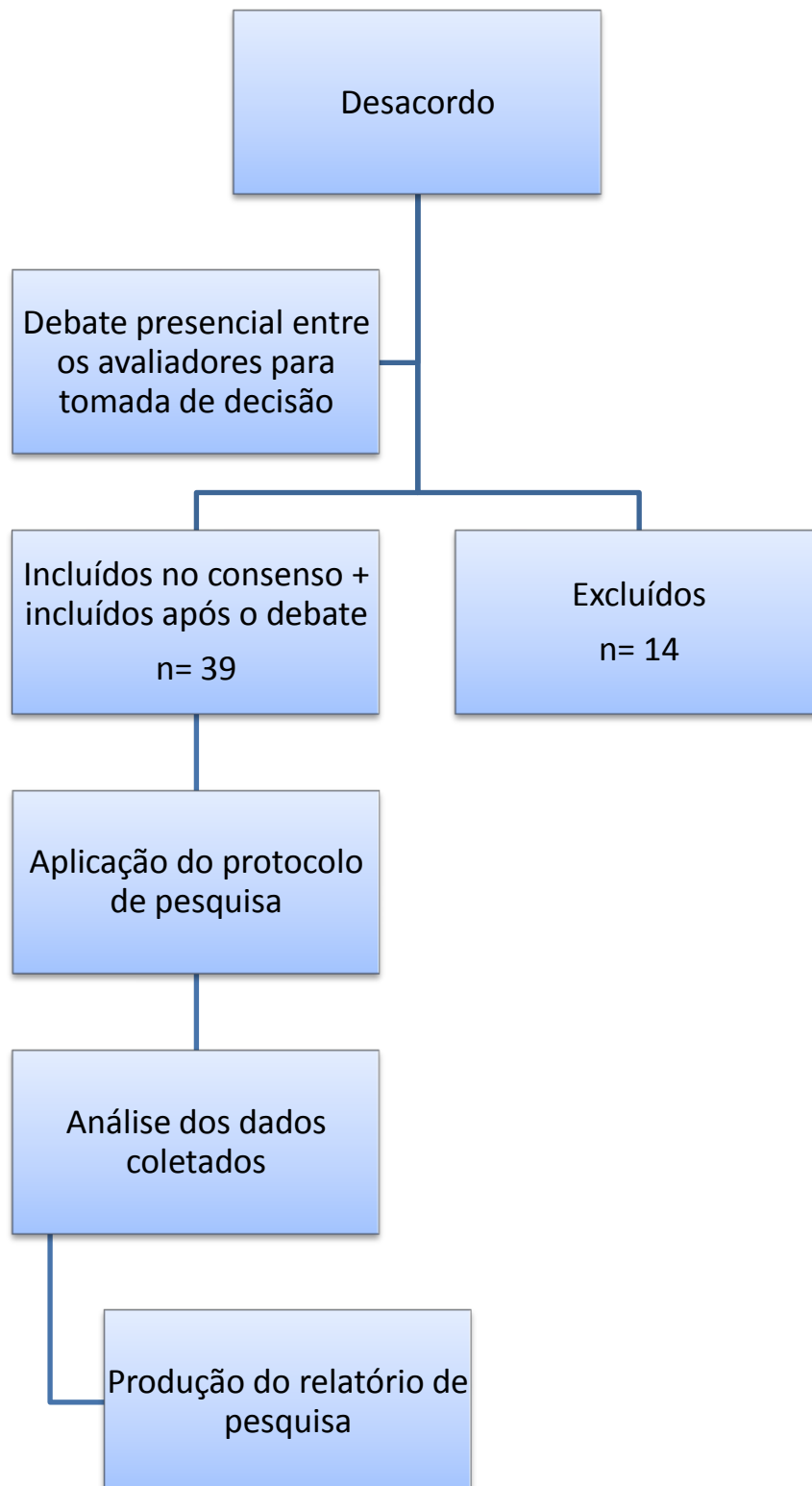
A figura 1e 2 representaram a síntese do procedimento de coleta de dados, desde a fase de busca de artigos nas bases de dados eleitas até a produção do relatório de pesquisa.

FIGURA 1: SÍNTESE DO PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.



FONTE: O autor (2017).

FIGURA 2: CONTINUAÇÃO DA SÍNTESE DO PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS



FONTE: O autor (2017)

11 RESULTADOS

A partir da estratégia de busca de artigos para a revisão sistemática **“Hematopoietic stem cell transplantation” AND (anxiety OR depression) AND (“quality of life” OR “surveys and questionnaires” OR psychometrics)** ocorreu, então, a realização do Teste de Relevância I. Tal pesquisador realizou esta atividade entre os dias 2 de Janeiro de 2017 a 7 de Janeiro de 2017. A tabela 1 representou o número de artigos incluídos e excluídos no Teste de Relevância I, bem como suas respectivas bases de dados.

TABELA 1: RESULTADOS DO TESTE DE RELEVÂNCIA I

BASE DE DADOS	INCLUÍDOS	EXCLUÍDOS	TOTAL
Scielo	4	13	17
Portal BVS	0	0	0
Pubmed	45	60	105
Web of Science	0	0	0
Scopus	4	176	180
Total	53	249	302

FONTE: o autor (2017).

De acordo com o teste de relevância I, foram localizados 302 artigos no total, sendo que destes, 249 foram excluídos por não atenderem aos critérios de seleção propostos no teste. Dentre as justificativas para exclusão encontram-se os seguintes itens: o tema não estava de acordo com os objetivos desta dissertação; o público alvo não envolvia os pacientes necessários para análise, sendo muitos estudos voltados para familiares de pacientes hematológicos e oncológicos; estudos de revisão sistemática sobre o TCTH; não estavam claros nos artigos os instrumentos e desfechos para ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes pré/pós TCTH; artigos repetidos/duplicados, principalmente na base de dados Scopus. Deste modo, 53 artigos foram selecionados pela triagem inicial.

No dia 04 de Janeiro de 2017, o pesquisador principal desta dissertação proferiu treinamento com duração de duas horas para estratégia de busca e demais temáticas necessárias para que o segundo revisor pudesse iniciar o trabalho. Deste modo, passou-se para o teste de relevância II. Este teste foi realizado pelos dois avaliadores independentemente entre os dias 05 de Janeiro de 2017 a 19 de Janeiro de 2017. O Teste II foi feito somente com os 53 artigos localizados no Teste I. Segundo os resultados do primeiro avaliador, dos 53 artigos, 35 foram incluídos na pesquisa e 18 excluídos. A tabela 2 mostrou os resultados do primeiro avaliador.

TABELA 2: RESULTADOS DO TESTE DE RELEVÂNCIA II DO PRIMEIRO AVALIADOR

BASE DE DADOS	INCLUÍDOS	EXCLUÍDOS	TOTAL
Scielo	2	2	4
Portal BVS	0	0	0
Pubmed	31	14	45
Web of Science	0	0	0
Scopus	2	2	4
Total	35	18	53

FONTE: o autor (2017).

O segundo avaliador obteve o resultado de 46 artigos incluídos e 7 excluídos. Destes, 2 incluídos da base de dados Scielo, 40 do Pubmed e 4 do Scopus. A tabela 3 mostrou os resultados do segundo avaliador.

TABELA 3: RESULTADOS DO TESTE DE RELEVÂNCIA II DO SEGUNDO AVALIADOR

BASE DE DADOS	INCLUÍDOS	EXCLUÍDOS	TOTAL
Scielo	2	2	4
Portal BVS	0	0	0
Pubmed	40	5	45
Web of Science	0	0	0
Scopus	4	0	4
Total	46	7	53

FONTE: o autor (2017).

Os resultados evidenciaram que houve discordância de 18 artigos entre os avaliadores. Na reunião procedeu-se a releitura dos 18 artigos completos discordantes para análise conjunta. Destes 18 artigos, apenas 4 foram incluídos por atenderem aos critérios de seleção desta pesquisa. Os 14 artigos excluídos e suas justificativas estão no apêndice 3. Por fim, chegou-se a decisão de que houve um total de 53 publicações somando todas as bases de dados; destas, foram excluídas 14 publicações por não atenderem os critérios de seleção já descritos no método; portanto, foram incluídas para análise o número de 39 publicações. A tabela 4 apresentou esses dados.

TABELA 4: RESULTADO FINAL DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE

BASE DE DADOS	INCLUÍDOS	EXCLUÍDOS	TOTAL
Scielo	2	2	4
Portal BVS	0	0	0
Pubmed	34	11	45
Web of Science	0	0	0
Scopus	3	1	4
Total	39	14	53

FONTE: o autor (2017)

O quadro 8 mostrou as referências das publicações selecionadas após os testes de relevância I e II.

QUADRO 8: REFERÊNCIAS ELEITAS PARA ANÁLISE POR ORDEM CRESCENTE DE ANO.

Nº	Referência	Ano
1	DIMEO, F. C.; STIEGLITZ, R. D.; NOVELLI-FISHER, U.; FETSCHER, S.; KEUL, J. Effects of Physical Activity on the Fatigue and Psychologic Status of Cancer Patients during Chemotherapy. Cancer , United States, V. 85, N. 10, P. 2273-2277, 1999.	1999
2	HAJERMSTAD, M. J.; LOGE, J. H.; EVENSEN, S. A.; KVALOY, S. O.; FAYERS, P. M.; KAASA, S. The course of anxiety and depression during the first year after allogeneic or autologous stem cell transplantation. Bone Marrow Transplantation , United States, V. 24, N. 01, P. 1219-1228, 1999.	1999

3	WETTERGREN, L.; LANGIUS, A.; BJORKHOLM, M.; BJORVELL, H. Post-traumatic Stress Symptoms in Patients Undergoing Autologous Stem Cell Transplantation. Acta Oncologica , Sweden, Vol. 38, N. 4, p. 475–480, 1999.	1999
4	COURNEYA, K. S.; KEATS, M. R.; TURNER, R. Physical exercise and quality of life in cancer patients following high dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation. Psycho-Oncology , United States, V.9, N.01, P.127–136, 2000.	2000
5	CARLSON, L. E.; KOSKI, T.; GLUCK, S. Longitudinal effects of high-dose chemotherapy and autologous stem cell transplantation on quality of life in the treatment of metastatic breast cancer. Bone Marrow Transplantation , Canada, V. 27, N. 01, P. 989–998, 2001.	2001
6	GRUBER, U.; FEGG, M.; BUCHMANN, M.; KOLB, H. J.; HIDDEMANN, W. The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. European Journal of Cancer Care , Germany, V. 12, N. 01, p. 249–256, 2003.	2003
7	CHANG, G.; ORAV, J.; TONG, M. Y.; ANTIN, J. H. Predictors of 1-Year Survival Assessed at the Time of Bone Marrow Transplantation. Psychosomatics , United States, V. 45, N. 01, p 378–385, 2004.	2004
8	CHANG, G.; ORAV, J.; MC NAMARA, T. K.; TONG, M. Y.; ANTIN, J. H. Psychosocial Function After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Psychosomatics , United States, V. 46, N. 01, P. 34–40, 2005.	2005
9	HARDER, H.; VAN GOOL, A. R.; CORNELISSEN, J.; DUIVENVOORDEN, H. J.; EIJKENBOOM, W. M. H.; BARGE, R. M. Y.; VAN DEN BENT, M. J. Assessment of pre-treatment cognitive performance in adult bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation patients: A comparative study. European Journal of Cancer , Germany, V. 41, N. 01, P. 1007–1016, 2005.	2005
10	LEE, S. J.; LOBERIZA, F. R.; ANTIN, J. H.; KIRKPATRICK, T.; PROKOP, L.; ALYEA, E. P.; CUTLER, C.; HO, V. T.; RICHARDSON, P. G.; SCHLOSSMAN, R. L.; FISHER, D. C.; LOGAN, B.; SOIFFER, R. J. Routine screening for psychosocial distress following hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplantation , United States, V. 35, N. 01, P. 77–83, 2005.	2005
11	PRIETO, J. M.; ATALA, J.; BLANCH, J.; CARRERAS, E.; ROVIRA, M.; CIRERA, E.; GASTO, C. Patient-rated emotional and physical functioning among hematologic cancer patients during hospitalization for stem-cell transplantation. Bone Marrow Transplantation , United States, V. 35, N. 01, P. 307–314, 2005.	2005
12	HARDER, H.; DUIVENVOORDEN, B.; VAN GOOL, A. R.; CORNELISSEN, J. J.; VAN DEN BENT, M. J. Neurocognitive Functions and Quality of Life in Haematological Patients Receiving Haematopoietic Stem Cell Grafts: A One- Year Follow-Up Pilot Study. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology , United States, V. 28, N. 03, P. 283-293, 2006.	2006
13	FANN, J. R.; ALFANO, C. M.; ROEMER, S. R.; KATON, W. J.; SYRJALA, K. L. Impact of Delirium on Cognition, Distress, and Health-Related Quality of Life After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. Journal of clinical oncology , United States, V. 25, N. 10, p. 1223-1231, 2007.	2007
14	LARSEN, J.; NORDSTROM, G.; LJUNGMAN, P.; GARDULF, A. Factors associated with poor general health after stem-cell transplantation. Support Care Cancer , United States, V. 15, N. 01, P. 849–857, 2007.	2007
15	MUNITZ-SHENKAR, D.; KRULIK, T.; PERETZ, C.; SHILOH, R.; ELHASID, R.; TOREN, A.; WEIZMAN, A. Psychological and cytokine changes in children and adolescents undergoing hematopoietic stem cell transplantation. European	2007

	Neuropsychopharmacology , Londres, V. 17, N. 01, P. 58—63, 2007.	
16	FANN, J. R.; BERRY, D. L.; WOLPIN, S.; SEYMOUR, M. A.; BUSH, N.; HALPENNY, B.; LOBER, W. B.; MCCORKLE, R. Depression Screening Using the Patient Health Questionnaire-9 Administered on a Touch Screen Computer. Psychooncology , United States, V. 18, N. 01, P. 14–22, 2009.	2009
17	LANGER, S. L.; BROWN, J. D.; SYRJALA, K. L. Intra- and Inter-personal Consequences of Protective Buffering among Cancer Patients and Caregivers. Cancer , United States, V. 115, Supl. 18, P. 4311–4325, 2009.	2009
18	OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida de sobreviventes do transplante de medula óssea (TMO): um estudo prospectivo. Psicologia, Teoria e Pesquisa , Brasília, v. 25, n. 4, p. 621-628, 2009.	2009
19	RISCHER, J.; SCHERWATH, A.; ZANDER, A. R.; KOCH, U.; SCHULZ-KINFERMANN, F. Sleep disturbances and emotional distress in the acute course of hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplantation , United States, V. 44, N. 01, P. 121–128, 2009.	2009
20	SHERMAN, A. C.; SIMONTON, S.; LATIF, U.; PLANTE, T. G.; ANAISSIE, E. J. Changes in Quality-of-Life and Psychosocial Adjustment among Multiple Myeloma Patients Treated with High-Dose Melphalan and Autologous Stem Cell Transplantation. Biology Blood Marrow Transplant , United States, V. 15, N. 1, P. 12-20, 2009.	2009
21	WELLS, K. J.; BOOTH-JONES, M.; JACOBSEN, P. B. Do Coping and Social Support Predict Depression and Anxiety in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation?. Journal Psychosocial Oncology , United States, V. 27, N. 03, P. 01-17, 2009.	2009
22	BASINSKI, J. R.; ALFANSO, C. M.; KATON, W. J.; SYRJALA, K. L.; FANN, J. R. Impact of delirium on distress, health-related quality of life, and cognition 6 months and 1 year after hematopoietic cell transplant. Biology Blood Marrow Transplant , United States, V.16, N. 06, P. 824–831, 2010.	2010
23	TALLMAN, B.; SHAW, K.; SCHULTZ, J.; ALTMAIER, E. Well-Being and Posttraumatic Growth in Unrelated Donor Marrow Transplant Survivors: A Nine-Year Longitudinal Study. Rehabilitation Psychology , United States, Vol. 55, N. 2, P. 204–210, 2010.	2010
24	WINGARD, J. R.; HUANG, I. C.; SOBOCINSKI, K. C.; ANDRIKOWSKI, M. A.; CELLA, D.; RIZZO, J. D.; BRADY, M.; HOROWITZ, M. M.; BISHOP, M. M. Factors associated with Self-reported Physical and Mental Health after Hematopoietic Cell Transplantation. Biology Blood Marrow Transplant , United States, V. 16, N.12, P. 1682–1692, 2010.	2010
25	SANTOS, M. A.; SILVA, A. F. S.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C. Impact of autologous hematopoietic stem cell transplantation on the quality of life of type 1 diabetes mellitus patients. Psicologia, Reflexão e Crítica , Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 264-271, 2011.	2011
26	GASTON-JOHANSON, F.; FALL-DICKSON, J. M.; NANDA, J. P.; SARENMALM, E. K.; BROWALL, M.; GOLDSTEIN, N. Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. Psychooncology , United States, v. 22, n. 03, p. 530-539, 2012.	2012

27	MORISHITA, S.; KAIDA, K.; YAMAUCHI, S.; WAKASUGI, T.; YOSHIHARA, S.; TANIGUSHI, K.; ISHII, S.; IKEGAME, K.; KODAMA, N.; OGAWA, H.; DOMEN, K. Gender differences in health-related quality of life, physical function and psychological status among patients in the early phase following allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. Psychooncology , United States, v. 22, n. 05, p. 1159-1166, 2013.	2013
28	ARTHERHOLDT, S. B.; HONG, F.; BERRY, D. L.; FANN, J. R. Risk factors for depression in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. Biology Blood Marrow Transplant , United States, v. 20, n. 07, p. 946-950, 2014.	2014
29	PILLAY, B.; LEE, S. J.; KATONA, L.; BURNEY, S.; AVERY, S. Psychosocial factors associated with quality of life in allogeneic stem cell transplant patients prior to transplant. Psycho-Oncology , United States, V. 23, N. 01, P. 642-649, 2014.	2014
30	SARKAR, S.; SCHERWATH, A.; SCHIRMER, L.; SCHULZ-KINFERMANN, F.; NEUMANN, K.; KRUSE, M.; DINKEL, A.; BALCK, F.; KROGER, N.; KOCH, U.; MEHNERT, A. Fear of recurrence and its impact on quality of life in patients with hematological cancers in the course of allogeneic hematopoietic SCT. Bone Marrow Transplant , Alemanha, v. 49, n. 09, p. 1217-1222, 2014.	2014
31	WU, L. M.; AUSTIN, J.; VALDIMARSDOTTIR, H.; ISOLA, L.; ROWLEY, S. D.; DIEFENBACH, M. A.; CAMMARATA, M.; REDD, W. H.; RINI, C. Cross-sectional study of patient-reported neurobehavioral problems following hematopoietic stem cell transplant and health-related quality of life. Psychooncology , United States, v. 23, n. 12, p. 1406-1414, 2014.	2014
32	EL-JAWAHRI, A.; TRAEGER, L.; KUSMUK, K.; EUSEBIO, J.; VANDUSEN, H.; SHIN, J. Quality of Life and Mood of Patients and Family Caregivers during Hospitalization for Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Cancer , United States, V. 121, N. 06, P. 951-959, 2015.	2015
33	LEESON, L. A.; NELSON, A. M.; RATHOUZ, P. J.; JUCKETT, M. B.; COE, C. L.; CAES, E. W.; COSTANZO, E. S. Spirituality and the Recovery of Quality of Life Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Health Psychology , United States, V. 34, N. 9, P. 920-928, 2015.	2015
34	PILLAY, B.; LEE, S. J.; KATONA, L.; DE BONO, S.; BURNEY, S.; AVERY, S. A prospective study of the relationship between sense of coherence, depression, anxiety, and quality of life of haematopoietic stem cell transplant patients over time. Psychooncology , United States, v. 24, n. 02, p. 220-227, 2015.	2015
35	SONG, C. E.; SO, H. S. Factors Influencing Changes in Quality of Life in Patients undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Longitudinal and Multilevel Analysis. Journal Korean Academy Nurse , Korea, v. 45, n. 05, p. 694-703, 2015.	2015
36	CANTÚ-RODRIGUEZ, O. G.; SANCHEZ-CARDENAZ, M.; TREVINO-MONTEMAYOR, O. R.; GUTIERREZ-AGUIRRE, C. H.; TARIN-ARZAGA, L.; JAIME-PEREZ, J. C.; GOMEZ-ALMAGUER, D. Impact of outpatient non-myeloablative haematopoietic stem cell transplantation in quality of life vs. conventional therapy. Psychology Health Medical , México, v. 21, n. 01, p. 10-19, 2016.	2016

37	EL-JAWAHRI, A.; LEBLANC, T.; VAN DUSEN, H.; TRAEGER, L.; GREER, J. A.; PIRL, W. F.; JACKSON, V. A.; TELLES, J.; RHODES, A.; SPITZER, T. R.; MCAFEE, S.; CHEN, T. B. A.; LEE, S. S.; TEMEL, J. S. Effect of Inpatient Palliative Care on Quality of Life 2 Weeks After Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized Clinical Trial. Journal American Medical Association , United States, V. 306, N. 20, P. 2093-2103, 2016.	2016
38	EL-JAWAHRI, A. R.; VANDUSEN, H. B.; TRAEGER, L. N.; FISHBEIN, J. N.; KEENAN, T.; GALLAGHER, E. R.; GREER, J. A. Quality of Life and Mood Predict Posttraumatic Stress Disorder After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Cancer , United States, V. 122, N. 05, P. 806-812, 2016.	2016
39	KIM, K. I.; KIM, J. H.; JI, E. H.; JANG, J. H.; KIM, J. S.; KWON, J. H.; KIM, I.; PARK, S.; VELIKOVA, G.; YOON, S. S.; MI OH, J. Psychometric analysis of the Korean version of the high-dose chemotherapy specific quality of life questionnaire module from the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-HDC29). Quality Of Life Research , Korea, V. 25, N. 04, P. 881-890, 2016.	2016

FONTE: o autor (2017).

Uma vez apresentado o caminho seguido para eleição das referências utilizadas na análise da presente dissertação, passa-se deste modo aos resultados descritivos da mesma.

12 RESULTADOS DESCRITIVOS

No que se refere ao tema principal dos artigos, obteve-se os seguintes resultados: A maior parte das publicações 15 (38,5%) tinha como tema principal a QV, ansiedade e depressão no TCTH, abarcando todas as temáticas desta dissertação. Artigos que mencionavam apenas a QV no TCTH apareceram em segundo lugar com 13 (33,3%) dos dados. Em seguida, ansiedade, depressão e TCTH, com 5 (12,8%) das informações. A QV, depressão e TCTH tiveram 4 artigos (10,3%). Por fim, a QV, ansiedade e TCTH, e, depressão e TCTH, apareceram respectivamente com uma publicação cada, representando 2,6% dos dados cada uma. A tabela 5 mostrou essas informações.

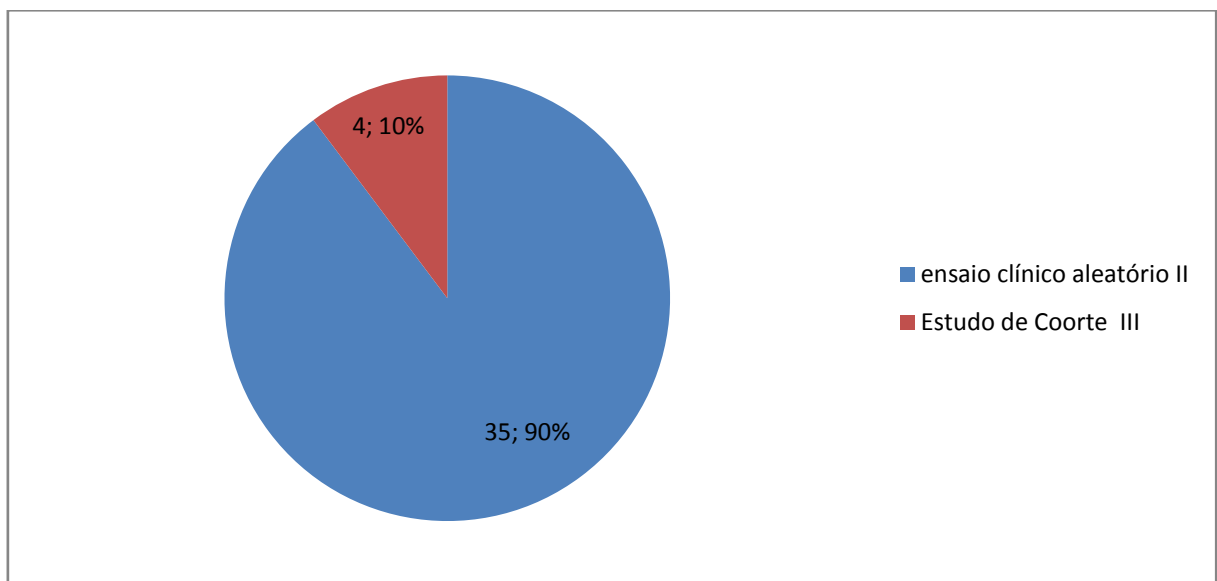
TABELA 5: REPRESENTAÇÃO DAS TEMÁTICAS DOS ARTIGOS

TEMAS	N	%
QV+ansiedade+depressão	15	38,5
QV	13	33,3
Ansiedade+depressão	5	12,8
QV+depressão	4	10,3
QV+ ansiedade	1	2,6
Depressão	1	2,6
Total	39	100

FONTE: O autor (2017)

Sobre os tipos de estudos, bem como o nível de evidência de cada um, a maior parte das publicações 35 (90%) apresentaram pesquisas que envolvem ensaios clínicos aleatórios, portanto, nível de evidência II. Apenas 4 publicações (10%) foram de estudos de coorte, ou seja, nível de evidência III. O gráfico 1 mostrou tais resultados.

GRÁFICO 1: TIPOS DE ESTUDOS E NÍVEL DE EVIDÊNCIA NAS PUBLICAÇÕES. N=39



FONTE: O autor (2017)

Os intervalos de confiança (IC) dos estudos evidenciaram que 30 publicações (77%) apresentaram IC de 95%. Sete estudos (18%) tinham IC de 98%. Dois estudos (5%) tinham IC de 99%. A tabela 6 mostrou esses resultados.

TABELA 6: INTERVALOS DE CONFIANÇA DOS ESTUDOS.

IC	N	%
95%	30	77
98%	7	18
99%	2	5

FONTE: O autor (2017).

As publicações tiveram maior incidência nos estados Unidos, com 16 (41%). A Alemanha apareceu em segundo lugar, com 4 publicações, 10,3%. A Austrália, Brasil, Canada, China, Coréia, Países Baixos e Suécia tiveram 2 (5,1%) publicações cada uma. A Espanha, Israel, Japão, México e Noruega tiveram apenas uma (2,6%) publicação cada. A tabela 7 apresentou os países das publicações.

TABELA 7: PAÍSES DAS PUBLICAÇÕES, N=39

PAÍS	N	%
Estados Unidos	16	41
Alemanha	4	10,3
Austrália	2	5,1
Brasil	2	5,1
Canada	2	5,1
China	2	5,1
Coréia	2	5,1
Países Baixos	2	5,1
Suécia	2	5,1
Espanha	1	2,6
Israel	1	2,6
Japão	1	2,6
México	1	2,6
Noruega	1	2,6

FONTE: O autor (2017)

Dos 39 estudos analisados, 38 (97%) apresentavam como público participantes adultos. Apenas um estudo (3%) tinha crianças e adolescentes como população atendida. No que se refere ao número de participantes das publicações, bem como o gênero das mesmas, os resultados evidenciaram: Houve um total geral de 4852 participantes, com mediana de 90, mínimo de 14 e máximo de 662 participantes. Do sexo feminino, houve 2099 mulheres, com mediana de 37, mínimo de 4 e máximo de 251. Do sexo masculino, houve 2643 homens, com mediana de 51,2, mínimo de 8 e máximo de 411. A tabela 8 apresentou tais resultados.

TABELA 8: N DE PARTICIPANTES E GÊNERO DAS PUBLICAÇÕES

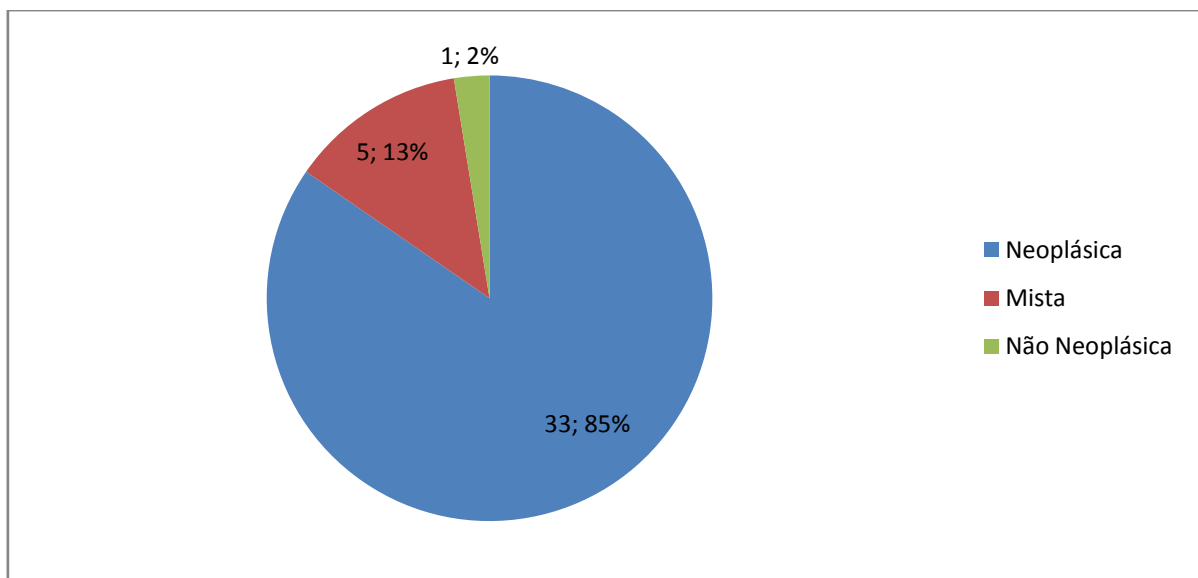
PARTICIPANTES	N	MÉDIA (DP)	MEDIANA (MÍN-MÁX)
Geral	4852*	124,6 (120,1)	90 (14-662)
Feminino	2099	53,8 (51,2)	37 (4-251)
Masculino	2643	67,7 (73,4)	51,2 (8-411)

FONTE: O autor (2017)

*Em um artigo com 110 participantes não foi mencionada a divisão por homens e mulheres.

Em relação às doenças analisadas nas publicações, os resultados mostraram que a maior parte dos artigos tratava de doenças neoplásicas, com 33 (85%) dos dados. Artigos que mencionavam tanto doenças neoplásicas como não neoplásicas (mistos) representaram 5 (13%) dos dados. Apenas um artigo tratava de doença não neoplásica (2%). O Gráfico 5 apresentou estas informações.

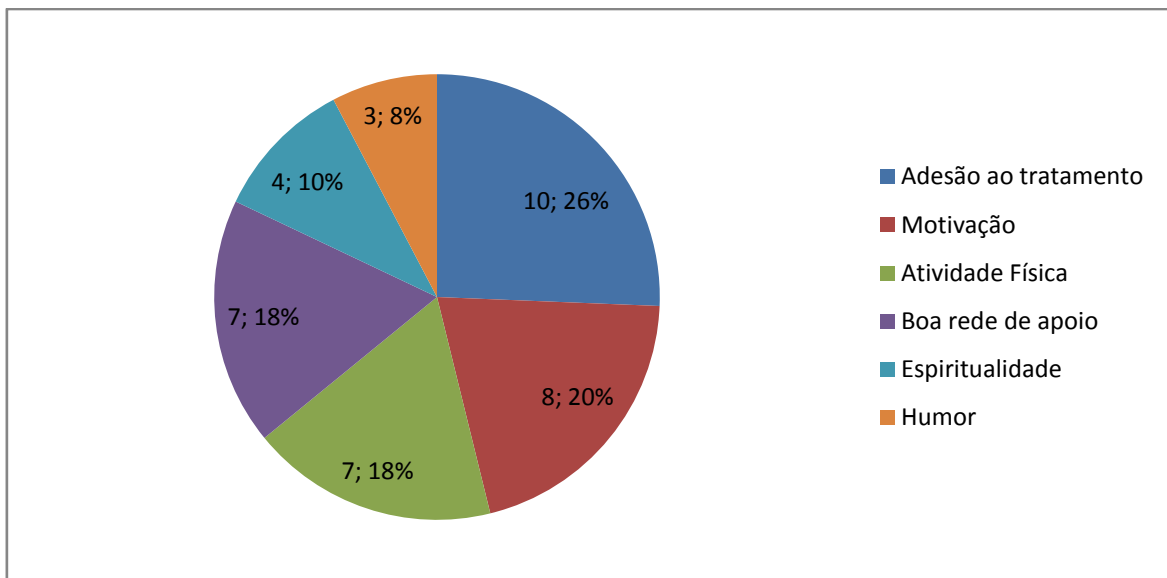
GRÁFICO 2: TIPO DE DOENÇA PROVENIENTE NAS PUBLICAÇÕES. N=39



FONTE: O autor (2017)

Os fatores de proteção a transtornos mentais e déficits na QV de pacientes pré e pós TCTH mostraram que: Adesão ao tratamento foi o que mais apareceu nas publicações com 10 (25%) dos dados. A motivação veio em segundo lugar com 8 (20%) das informações. A atividade física e boa rede de apoio tiveram 7 (18%) publicações cada uma. A espiritualidade teve 4 (10%) de artigos mencionando-a. Por fim, o humor teve 3 (8%) dos dados. O gráfico 6 apresentou esses fatores de proteção.

GRÁFICO 3: FATORES DE PROTEÇÃO A TRANSTORNOS MENTAIS E DÉFICITS NA QV EM PACIENTES PRÉ/PÓS TCTH. N=39



FONTE: O autor (2017)

Quanto aos fatores de risco a transtornos mentais e déficits na QV de pacientes pré e pós TCTH, a revisão das publicações mostrou que: a limitação social foi o fator que mais apareceu nas publicações com 9 (23%) dos artigos. O sedentarismo foi a segunda opção em 6 (15%) publicações. A dor, a fadiga e o stress pontuaram 5 artigos cada um, ocupando 13% em cada item. O *coping* enfraquecido pontuou 3 (8%). O abuso de álcool e o delirium apareceram com 2 (5%) respectivamente. A apatia e a insônia tiveram 1 artigo (2%) dos dados. A tabela 9 apresentou estas informações.

TABELA 9: FATORES DE RISCO A TRANSTORNOS MENTAIS E DÉFICITS NA QV EM PACIENTES PRÉ/PÓS TCTH

VARIÁVEL	N	%
Limitação Social	9	23
Sedentarismo	6	15
Fadiga	5	13
Dor	5	13
Stress	5	13
<i>Coping</i> Enfraquecido	3	8
Abuso de Álcool	2	5
<i>Delirium</i>	2	5
Apatia	1	2
Insônia	1	2

FONTE: O autor (2017)

Sobre os instrumentos para aferição de ansiedade, dos 39 artigos eleitos para análise, 18 não apresentavam esta informação, uma vez que se tratavam de outras temáticas que não a ansiedade. Desta forma, os artigos analisados (21) demonstraram que o instrumento HADS ocupou 10 (47%) das publicações. O STAI apareceu em 4 (19%) dos dados. O BSI-18 obteve 2 (9%) dos resultados. O BAI, IDAS, MAC, SCL-90 e STAIC apresentaram uma (5%) publicação cada. A tabela 10 representou estes dados.

TABELA 10: INSTRUMENTOS PARA ANSIEDADE

INSTRUMENTO	N	%
HADS	10	47
STAI	4	19
BSI-18	2	9
BAI	1	5
IDAS	1	5
MAC	1	5
SCL-90	1	5
STAIC	1	5

FONTE: O autor (2017)
N = 21

Sobre os instrumentos para aferição de depressão, dos 39 artigos eleitos para análise, 14 não apresentavam esta informação, uma vez que se tratavam de outras temáticas que não a depressão. Desta forma, os artigos analisados mostraram que o instrumento HADS ocupou 7 (28%) dos dados. Em seguida, aparece o PHQ-9 com 5 (20%) das informações. O BDI e o BSI-18 tiveram 4 (16%) publicações cada. O CES-D teve duas (8%) publicações. O CDI, IDAS e SCL-90 tiveram apenas uma (4%) publicação cada. A tabela 11 representou tais informações.

TABELA 11: INSTRUMENTOS PARA DEPRESSÃO

INSTRUMENTO	N	%
HADS	7	28
PHQ-9	5	20
BDI	4	16
BSI-18	4	16
CES-D	2	8
CDI	1	4
IDAS	1	4
SCL-90	1	4

FONTE: O autor (2017)
N=25

Sobre os instrumentos para aferição de QV, dos 39 artigos eleitos para análise, 6 não apresentavam esta informação, uma vez que se tratavam de outras temáticas. Desta forma, os artigos analisados mostraram que o instrumento SF-36 ocupou 8 (25%) dos dados. Em seguida, teve o EORTC QLQ – C30, que obteve 7 (21%) dos resultados. O FACT-BMT apresentou 5 (15%) dos dados. Os instrumentos HRQOL e QLI tiveram duas (6%) publicações. Já os instrumentos WHOQOL-BREF, FACIT, FACT-G, FLIC, KOOP/WONCA Scale, OLQ, QOLI-CV, ROY's e SWED-QUAL, apresentaram uma (3%) publicação cada. A tabela 12 demonstrou estes dados.

TABELA 12: INSTRUMENTOS QUALIDADE DE VIDA

INSTRUMENTO	N	%
SF-36	8	25
EORTC QLQ -C 30	7	21
FACT-BMT	5	15
HRQOL	2	6
QLI	2	6
WHOQOL BREF	1	3
FACIT	1	3
FACT-G	1	3
FLIC	1	3
KOOP/WONCA	1	3
OLQ	1	3
QOLI-CV	1	3
ROY'S	1	3
SWED -QUAL	1	3

FONTE: o autor (2017)
N= 33

No que se refere aos desfechos para ansiedade na fase pré TCTH, os resultados evidenciaram que: 16 (76%) apresentavam que os pacientes tinham ansiedade moderada e severa. Cinco (24%) publicações trouxeram que os pacientes tinham ansiedade mínima e leve. Já os pacientes na fase pós TCTH apresentaram 14 (67%) de ansiedade mínima e leve, e, 7 (33%) ansiedade moderada e severa. A tabela 13 apresentou estes dados.

TABELA 13: DESFECHOS ANSIEDADE PRÉ E PÓS TCTH

SCORE	ANSIEDADE PRÉ TCTH N(%)	ANSIEDADE PÓS TCTH N(%)
Mínima/ Leve	5 (24)	14 (67)
Moderada/ Severa	16 (76)	7 (33)

FONTE: O autor (2017)
N= 21

No que se refere aos desfechos para depressão na fase pré TCTH, os resultados evidenciaram que: 18 (72%) apresentavam níveis de depressão moderado e severo. A maior parte das publicações 17 (68%) apresentaram na fase pós TCTH depressão mínima e leve. A tabela 14 apresentou estes dados.

TABELA 14: DESFECHOS DEPRESSÃO PRÉ E PÓS TCTH

SCORES	DEPRESSÃO PRÉ TCTH N(%)	DEPRESSÃO PÓS TCTH N(%)
Mínima/ Leve	7 (28)	17 (68)
Moderada/ Severa	18 (72)	8 (32)

FONTE: O autor (2017)
N= 25

Sobre os desfechos para QV na fase pré TCTH, os resultados evidenciaram que: 30 (91%) artigos apresentaram que os pacientes estavam em pior estado de

saúde. Três publicações (9%) trouxeram que os pacientes estavam em melhor condição. Na fase pós TCTH, a QV dos pacientes estava em melhor condição, com 31 (64%) dos dados, e, 12 (36%) em pior estado de saúde. A tabela 15 apresentou estes dados.

TABELA 15: DESFECHOS QUALIDADE DE VIDA PRÉ E PÓS TCTH

SCORE	QV PRÉ TCTH N (%)	QV PÓS TCTH N (%)
Melhor Condição	3 (9)	21 (64)
Pior Estado de Saúde	30 (91)	12 (36)

FONTE: O autor (2017)
N= 33

A tabela 16 mostrou a síntese dos resultados que englobam os objetivos principais da presente dissertação, tais como os instrumentos e desfechos pré/pós TCTH.

TABELA 16: SÍNTESE DOS RESULTADOS PARA INSTRUMENTOS E DESFECHOS

VARIÁVEL	INSTRUMENTOS	N (%)	DESFECHO PRÉ TCTH	N (%)	DESFECHO PÓS TCTH	N (%)
Ansiedade	HADS	10 (47)	Mínima/Leve	5 (24)	Mínima/Leve	14 (77)
	STAI	4 (19)	Moderada/Severa	16 (76)	Moderada/Severa	7 (33)
	BSI-18	2 (9)				
	BAI	1 (5)				
	IDAS	1 (5)				
	MAC	1 (5)				
	SCL-90	1 (5)				
	STAIC	1 (5)				
Depressão	HADS	7 (28)	Mínima/Leve	7 (28)	Mínima/Leve	17 (68)
	PHQ-9	5 (20)	Moderada/Severa	18 (72)	Moderada/Severa	8 (32)
	BDI	4 (16)				
	BSI-18	4 (16)				
	CES-D	2 (8)				
	CDI	1 (4)				
	IDAS	1 (4)				
	SCL-90	1 (4)				
QV*	SF-36	8 (25)	Melhor condição	3 (9)	Melhor condição	21 (64)
	EORTC QLQ -C 30	7 (21)	Pior estado de saúde	30 (91)	Pior estado de saúde	12 (36)
	FACT-BMT	5 (15)				
	HRQOL	2 (6)				
	QLI	2 (6)				

FONTE: O autor (2017)

*Somente os 5 mais localizados nas publicações.

12.1 Correlação de Pearson

O apêndice 4 mostra o quadro explicativo de como entender o Pearson. Segundo o coeficiente de correlação de Pearson, utilizado nesta dissertação para análise e comparação dos desfechos, evidenciou-se que:

Há correlação moderada positiva (05. a 0.7), valor de significância 1, entre o desfecho de ansiedade pré TCTH e o desfecho de depressão pós TCTH, com o resultado de ($R=0,679$). Isso indica que quanto maior estiver o índice de ansiedade

moderada e severa na fase pré TCTH, o desfecho de depressão na fase pós TCTH também pode ficar moderada/severa. O contrário acompanha esse dado.

Há correlação forte positiva (0.7 a 0.9), valor de significância 0, entre o desfecho de ansiedade pré e pós TCTH, com o resultado de ($R= 0, 823$). Isso indica que se a ansiedade estiver moderada e severa na fase pré TCTH, a tendência é de que na fase pós TCTH isso se repita. No entanto, como o valor da significância foi 0, as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra, ou seja, se na fase pré estiver moderada/severa, na fase pós, pode estar mínima/ leve.

Há correlação moderada positiva (0.5 a 0.7), valor de significância 1, entre o desfecho de depressão pré TCTH e ansiedade pós TCTH, com o resultado de ($R= 0, 537$). Isso indica que quanto maior estiver o índice de depressão moderada e severa na fase pré TCTH, o desfecho de ansiedade na fase pós TCTH também pode ficar moderada/severa. O contrário acompanha esse dado.

Há correlação forte positiva (0.7 a 0.9), valor de significância 0, entre o desfecho de depressão pré e pós TCTH, com o valor de ($R= 0, 790$). Isso indica que se a depressão estiver moderada e severa na fase pré TCTH, a tendência é de que na fase pós TCTH isto se repita. No entanto, como o valor da significância foi 0, as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra, ou seja, se na fase pré estiver moderada/severa, na fase pós, pode estar mínima/ leve.

Há correlação forte positiva (0.7 a 0.9), valor de significância 1, entre o desfecho de QV pré TCTH e depressão pós TCTH, com o valor de ($R= 0,805$). Isso indica que quanto maior estiver o índice de pior QV na fase pré TCTH, o desfecho de ansiedade na fase pós TCTH também pode ficar moderada/severa. O contrário acompanha esse dado.

Há correlação moderada positiva (0.5 a 0.7), valor de significância 0, entre o desfecho QV pré e pós TCTH, com o valor de ($R= 0,598$). Isso indica que se a QV estiver ruim na fase pré TCTH, a tendência é de que na fase pós TCTH isto se repita. No entanto, como o valor da significância foi 0, as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra, ou seja, se na fase pré estiver ruim, na fase pós, pode estar em melhor condição.

13 DISCUSSÃO

Na atualidade, refletir e discutir sobre doenças oncológicas e hematológicas ainda é uma tarefa difícil para os profissionais da saúde devido ao grande impacto biopsicossocial que as mesmas acarretam na vida dos pacientes. Por mais que a Medicina tenha avançado e os tratamentos tenham sido cada vez mais aprimorados, aumentando a expectativa de vida dos indivíduos acometidos pelas neoplasias e não neoplasias, a tomada de decisão, por parte dos profissionais da saúde em torno dos procedimentos clínicos precisam ser bem embasadas para melhorar a QV dos pacientes.

Nesse sentido, o uso de revisões sistemáticas nas ciências da saúde é importante, uma vez que essa metodologia permite estudar determinados assuntos (no caso desta dissertação os instrumentos para ansiedade, depressão e QV em pacientes pré/pós TCTH) verificando maiores evidências científicas. Os resultados das revisões sistemáticas podem ser úteis na medida em que os profissionais da saúde se baseiam amplamente neles na busca por melhores formas de atuação junto ao público alvo de estudo. Desta forma, os serviços ganham em qualidade institucional e os pacientes podem ter seus quadros/ estados de saúde melhor avaliados, tratados e com prognóstico a favor dos mesmos (BAENA, 2014).

Dentro desta dissertação, notou-se através das referências, que a partir do ano de 2005 as publicações sobre o TCTH na fase pré e pós do transplante tiveram maior representatividade. Hipotetiza-se que isto tenha ocorrido porque os anos 2000 foram entendidos como anos em que a globalização e avanço de tecnologias em todos os campos (desde as tecnologias de informação até tecnologias em saúde) tiveram grande crescimento. Este fato impacta nas ciências médicas na medida em que mais bases de dados via internet foram consolidadas nacionalmente e internacionalmente, ficando o conhecimento mais democrático, atingindo maior público alvo e, portanto, incentivando os pesquisadores a estudar e publicar mais sobre o assunto. A partir desta época também houve novas descobertas em relação ao transplante, implementações para além da medula óssea, o que aumentou as chances de cura e parcerias científicas com mais centros transplantadores nos Estados Unidos e Europa (BUSS, 2007).

Sobre os temas principais da presente dissertação, percebeu-se que a maioria dos artigos envolvia as três variáveis do estudo (ansiedade, depressão e QV). Em seguida, artigos que avaliavam apenas QV em pacientes pré e pós TCTH. Este fator (QV) vem sendo amplamente estudado pelos profissionais da saúde por todo o mundo a partir dos anos 60 por conterem informações específicas do funcionamento geral dos indivíduos nas mais diversas esferas, como aspectos psicológicos, sociais, espirituais, físicos e cognitivos. Isto se deve ao fato de que até então os pacientes oncológicos e hematológicos não tinham muitas chances de cura, sendo estas doenças preditivas de morte.

Com o passar do tempo e do avanço da Medicina, novas terapêuticas foram sendo criadas, estas possibilitaram o aumento da sobrevida dos pacientes, entretanto, sem grandes avanços na melhoria da qualidade nesta sobrevida. A partir daí, tornou-se regra que, para as terapêuticas serem bem-sucedidas, precisariam abarcar melhorias no corpo biológico dos pacientes e na QV geral dos mesmos. Muitos pesquisadores da área (GRUBER et al., 2003; DAMATTE, 2003; LEE et al., 2005; OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009; LANGER et al., 2009; WINGARD et al., 2010; MORISHITA et al., 2013; WU et al., 2014; EL JAWAHRI et al., 2016) evidenciaram que quanto mais favorável for o estado emocional e, portanto, a QV dos pacientes, melhor será o curso de seu quadro clínico e as chances de cura e a minimização do sofrimento em torno da doença se potencializa. Sendo assim, existe a correlação mútua entre os aspectos psicológicos influenciando nos aspectos biológicos e vice-versa.

No que se refere aos tipos de estudo, níveis de evidência e intervalos de confiança dos resultados apresentados nesta dissertação, ficou evidente a presença de ensaios clínicos aleatórios e estudos de coorte. Estes tipos de estudos são considerados (SAMPAIO E MANCINI, 2007) como de grande representatividade científica, sendo de níveis II e III. Acredita-se que este dado esteja coerente com a metodologia apresentada nesta dissertação, que preconizou como critérios de seleção a busca por publicações de estudos de campo que medissem ansiedade, depressão e QV antes e depois do TCTH. Para que os pesquisadores pudessem atingir este objetivo, os melhores tipos de estudos indicados são os estudos de coorte e ensaios clínicos aleatórios que avaliam os critérios em diferentes períodos de tempo comparando-os de forma longitudinal, com grupos controle e estatística avançada. Os estudos de revisão sistemática e metanálise, que são considerados

de nível de evidência científica I, portanto, os melhores, não foram contemplados nos critérios de seleção da metodologia deste trabalho, deste modo, não sendo possível analisar nenhum estudo com esse nível de evidência.

Os estudos descritivos, por exemplo, poderiam ser acrescentados, entretanto, a maioria deles, por terem que delimitar tema e participantes, mostravam apenas resultados em uma fase específica do TCTH, de forma restrita, não atingindo os critérios de seleção propostos. Estudos de caso também poderiam fazer parte da amostra de artigos incluídos, mas não houve nenhuma publicação encontrada com este método. Os intervalos de confiança, ou seja, o dado estatístico que deve estar exposto na metodologia dos artigos e que denota o poder e confiabilidade dos mesmos mostrou 95%, 98% e 99%. Estas porcentagens demonstram alto grau de confiabilidade, e, os estudos de Wingard et al. (2010) feito com 662 participantes e de Fann et al. (2009) feito com 342 participantes apresentaram intervalo de confiança de 99%. A amostra destes estudos foi superior aos demais.

Em relação aos países que mais publicaram sobre ansiedade, depressão e QV em pacientes pré e pós TCTH, os Estados Unidos foi o que mais apareceu, com 16 publicações. Em seguida a Alemanha, com 4 publicações. Percebe-se uma diferença grande do primeiro para o segundo colocado. Foram localizados mais 12 países (Austrália, Brasil, Canadá, Espanha, China, Israel, Japão, Coreia, México, Noruega, Países Baixos e Suécia) que também publicaram sobre o assunto, entretanto, com pouca representatividade, com uma ou duas publicações. O Brasil, por exemplo, teve duas publicações incluídas.

Quanto à fase do desenvolvimento dos participantes das pesquisas analisadas, verificou-se que a maior parte se tratava de pesquisas realizadas com adultos. Apenas um artigo foi feito embasado no atendimento a crianças e adolescentes (MUNITZ-SHENKAR, 2007). O Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) apontou como seres vulneráveis as crianças e adolescentes, portanto, estabeleceu regras mais rígidas para aplicabilidade das pesquisas com esse público. Segundo Ferreira e Souza (2012) realizar pesquisas com crianças e adolescentes exige sensibilidade e respeito a eles, bem como um contrato simbólico entre criança, responsáveis e equipe de saúde, sendo um pouco mais delicada. No que se refere a homens e mulheres de qualquer faixa etária, as técnicas de amostragem também estão cada vez mais complexas, exigindo mais atenção dos pesquisadores (CUNHA E BEURER, 2006).

Na atualidade, os biomarcadores e avanços nos conhecimentos genéticos permitiram que mais doenças fossem estudadas, como as metabólicas e autoimunes, o que ampliou o leque de diagnósticos e tratamentos nas mais diversas faixas etárias. As doenças neoplásicas foram as mais relatadas e estudadas pelos autores que publicaram os artigos analisados nesta dissertação (OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009; TALMAN et al., 2010; SONG et al., 2015; EL JAWAHRI et al., 2016). Dentre estas doenças estão os linfomas e leucemias. As doenças não neoplásicas como, por exemplo, anemias, disfunções metabólicas e síndromes tiveram pouca representatividade. As doenças não neoplásicas, embora possuam um nível de complexidade tão alto quando as neoplásicas, a demanda por TCTH, por tratamentos invasivos e por longos internamentos podem ser menores. Por exemplo, as leucemias em estado avançado demandam internamentos, isolamentos e cuidados extremos para a sobrevivência dos pacientes, ao passo que as anemias, muitas vezes, o acompanhamento pode ser feito ambulatorialmente (INCA, 2015).

No que se refere aos fatores de proteção ao desenvolvimento de transtornos mentais e déficits na QV de pacientes pré e pós TCTH, a adesão ao tratamento e a motivação para o mesmo foram os que mais apareceram nas pesquisas analisadas. Teóricos que estudam a psico oncologia, por exemplo, (CARVALHO, 2002; SCANNAVINO et al., 2013) mencionam que estes elementos são preponderantes para que os pacientes possam passar pela hospitalização da melhor forma possível, haja vista que é um momento que pode trazer sofrimento físico e emocional intenso para os mesmos. Os pacientes em quimioterapia ou radioterapia, que são terapêuticas invasivas, podem limitar ainda mais estes pacientes e contribuir com o desenvolvimento de transtornos mentais. Desta forma, quanto mais engajados no tratamento e motivados para ele, melhor poderá ser a experiência da hospitalização.

A atividade física, boa rede de apoio e espiritualidade também apareceram nas pesquisas como fatores de proteção para pacientes pré e pós TCTH. A literatura analisada nesta dissertação mostra que pacientes hospitalizados tendem a não realizar atividades físicas com medo de agravar o quadro clínico. Entretanto, percebe-se claramente nos estudos (COURNEYA et al., 2000; PRIETO et al., 2005; RISCHER et al., 2009; FANN et al., 2009) que é justamente o contrário. Realizar atividades físicas, obviamente dentro das limitações de cada um e com acompanhamento profissional colabora para a melhoria da condição física e emocional dos pacientes.

Nota-se também que quando doentes, há uma tendência das pessoas a se isolarem e não buscarem se socializar como faziam anteriormente ao período da doença, tanto por condições físicas (dores, queda de cabelo, cansaço, insônia, etc), como emocionais (ansiedade, depressão, apatia, entre outros). No entanto, é muito importante, que desde o diagnóstico, passando pela fase do tratamento e da recuperação, quando é o caso, quanto mais bem assessoradas pelos cônjuges, filhos, amigos, acompanhantes, professores, equipe de saúde intra-hospitalar e Unidade básica de Saúde, entre outros, melhor será todo o processo desde o início da hospitalização. Dentro das possibilidades de cada paciente, é válido ressaltar que as pessoas devem continuar participando de atividades de que gostavam antes da doença, como ir ao cinema, teatro, casa de amigos, o que poderá ser útil para o resgate da saúde e para a melhor adaptação na inserção social (CARVALHO, 2002; SCANNAVINO et al., 2013). A espiritualidade também é um fator de proteção comum entre os pacientes oncológicos e hematológicos, e este fator, na atualidade e em diversos estudos (PANZINI et al., 2007; PANZINI et al., 2011) é bem visto nos referidos serviços, bem como pela ciência.

Percebeu-se nesta dissertação que os fatores de risco e proteção a sofrimento e déficits na QV dos pacientes pré e pós TCTH estão bastante congruentes, por exemplo, no que tange as limitações sociais, físicas, adesão ao tratamento e suas estratégias de *coping* como humor e motivação. Como fatores de risco mais evidentes que destoaram destas premissas, estão o stress, abuso de álcool e delirium. Alguns estudos (PRIETO et al., 2005; FANN et al., 2007; FANN et al., 2009; TALMAN et al., 2010; BASINSKI et al., 2010) mostraram que o desenvolvimento de stress em pacientes TCTH é comum devido a quebra da rotina, da homeostase física, do medo da morte, e das diversas limitações psicossociais a que estes pacientes estão submetidos. E isso pode prejudicar o tratamento caso não seja acompanhado por especialistas.

O abuso de álcool e quadros de *delirium* são menos comuns, entretanto, podem ocorrer com os pacientes em TCTH, principalmente quando já existe esta predisposição anterior ao diagnóstico da doença, no caso dos adultos. Quando isto ocorre, a equipe precisa ter mais preparo para lidar com a situação, haja vista que o abuso de drogas pode prejudicar o quadro clínico dos indivíduos, potencializar os *deliriums*, portanto, sendo preditivos de sequelas e morte (FANN et al., 2007; CHANG et al., 2004; CHANG et al., 2005).

No que tange à avaliação da ansiedade, alguns estudos foram realizados com pacientes pré e pós TCTH. O primeiro exemplo a ser apresentado foi o de Dimeo et al. (1999) em que aplicou *Symptom Checklist -90* (SCL-90) em 59 adultos com doença neoplásica, evidenciando altos índices de ansiedade, principalmente na fase pré transplante. Um estudo feito por Munitz Shenkar et al. (2007) com 23 crianças e adolescentes apresentou ansiedade moderada e severa na fase pré TCTH. O instrumento utilizado foi o Inventário de Ansiedade Estado-Traço para Crianças (STAIC). O STAIC também possui uma versão para adultos, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI), o qual foi utilizado por Gastón-Johanson et al. (2012) junto a 110 pacientes, evidenciando grau alto de ansiedade tanto pré como pós TCTH. Em 2014, Pillay e colaboradores aplicaram o *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC) em 147 adultos, mostrando ansiedade severa na fase pré TCTH.

El Jawahri et al. (2015) fizeram uma pesquisa com 43 adultos utilizando o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Chegaram à conclusão que a ansiedade mais crítica estava na fase pré TCTH. Leeson et al. (2015) aplicaram o *Inventory of Depression and Anxiety Symptoms* (IDAS) em 220 adultos, encontrando ansiedade severa na fase pré TCTH. Por fim, Pillay et al. (2015) estudaram a ansiedade em 60 adultos através do instrumento *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18). A fase pré TCTH apareceu como maior fonte de ansiedade. Nesta dissertação, os resultados das publicações trouxeram que o instrumento HADS apareceu na maior parte das pesquisas (WETTERGREEN et al., 1999; HAJERMISTED et al., 1999; PRIETO et al., 2005; HARDER et al., 2005; RISCHER et al., 2009; MORISHITA et al., 2013; SARKAR et al., 2014; EL JAWAHRI et al., 2015; EL JAWAHRI et al., 2016; EL JAWAHRI et al., 2016). O STAI foi o segundo instrumento para aferir ansiedade mais localizado nas análises dos artigos (COURNEY et al., 2000; WELLS et al., 2009; WINGARD et al., 2010; GASTON-JOHANSON et al., 2012).

Os instrumentos para ansiedade apresentados nas pesquisas em TCTH não são os mesmos recomendados pelo CFP na plataforma SATEPSI. Na realidade hospitalar e em outras áreas da Psicologia também existe uma gama imensa de instrumentos. O HADS, por exemplo, segundo Faro (2015) é um dos instrumentos mais utilizados na realidade clínica mundial, entretanto, sua validação no Brasil, que

ocorreu em 1995, não passou mais por revisões e melhorias, sendo necessária essa atualização.

Sobre a depressão em pacientes pré e pós TCTH existem diversos estudos. Dentre eles o realizado por Dimeo et al. (1999) em que utilizou a escala *Symptom Checklist 90* (SCL-90) com 59 pacientes. Obteve o resultado de que a maior parte dos pacientes pré transplante apresentaram escores altos de depressão. Em 2000, Courneya e colaboradores pesquisaram a depressão em 25 pacientes com o instrumento *Center For Epidemiological Studies - Depression* (CES D). Verificaram que a maior parte da amostra teve depressão moderada e severa na fase pré-transplante. Prieto e Atala (2005) utilizaram o *Hospital Anxiety And Depression Scale* (HADS) com 220 pacientes, evidenciando que houve incidência de depressão mínima e leve nas fases pré e pós TCTH. Também em 2005, um outro estudo feito por Lee e Loberiza, com 80 pessoas, mostrou escores baixos de depressão na fase pré e pós transplante. O instrumento utilizado foi Inventário Beck de Depressão (BDI).

Em 2009, Sherman e colaboradores aplicaram o *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18) com 94 sujeitos e chegaram à conclusão que pessoas na fase pré e pós TCTH tiveram índices elevados de depressão. Em 2015, El Jawahri, Traeger et al., usaram o *The Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9) com 90 pacientes, percebendo maior incidência de depressão na fase pré TCTH. Também em 2015, Leeson e demais autores fizeram uma pesquisa com 220 participantes através do instrumento *Inventory of Depression and Anxiety Symptoms* (IDAS) verificando maior prevalência de depressão na fase pré TCTH. Nesta dissertação, o instrumento mais localizado nas pesquisas, foi o HADS (HAJERMISTED et al., 1999; WETTERGREEN et al., 1999; HARDER et al., 2005; PRIETO et al., 2005; RISCHER et al., 2009; MORISHITA et al., 2013; SARKAR et al., 2014). O segundo instrumento mais encontrado nas publicações foi o PHQ-9 (FANN et al., 2009; ARTHURHOLDT et al., 2014; EL-JAWAHRI et al., 2015; EL-JAWAHRI et al., 2016; EL-JAWAHRI et al., 2016).

O BDI, que é o instrumento que possui recomendação do CFP para a realidade brasileira, também foi utilizado nas pesquisas em TCTH (CHANG et al., 2004; LEE et al., 2005; CHANG et al., 2005; GASTÓN-JOHANSON et al., 2012), entretanto, em menos pesquisas. Percebeu-se que os instrumentos seguem padrões parecidos de aplicação e correção, bem como todos avaliam a frequência dos

sintomas. Além disso, muitos dos instrumentos de ansiedade, também avaliam depressão, sendo acoplados um ao outro (HADS, BSI-18, SCL-90 e o IDAS). Este é um dado interessante, que pode fazer os profissionais da saúde refletirem, uma vez que existe a complexidade no diagnóstico desses problemas emocionais, portanto, precisam ser melhor trabalhadas e avaliadas para não incorrer em erros.

No que se refere à QV, também existem diversos estudos sobre esta variável, com a utilização de instrumentos em pacientes pré/pós TCTH. O primeiro exemplo de estudo, foi o proposto por Chang et al. (2005) com o instrumento *Quality of Life Index* (QLI) aplicado com 84 pessoas. Os autores perceberam que a QV nestes pacientes estava deficitária na fase pré TCTH. Larsen et al. (2007) aplicaram o *The Swedish Health-Related Quality of Life Survey* (SWED-QUAL) junto a 41 pacientes, verificando QV prejudicada na fase pré TCTH. Oliveira-Cardoso et al. (2009) usaram a Escala Qualidade de Vida SF-36 (SF-36) com 17 participantes, evidenciando QV ruim na fase pré TCTH. Também em 2009, Sherman e colaboradores estudaram a QV em 94 pessoas com o instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation* (FACT BMT) obtendo resultados que mostravam QV deficitária na fase pré e pós TCTH.

Em 2010, Talman e colaboradores usaram o *Functional Assessment of Cancer Therapy: General* (FACT-G) com 25 pacientes, percebendo QV ruim na fase pré TCTH. Basinski et al. (2010) aplicaram o Health-Related Quality of Life (HRQOL) com 52 sujeitos notando pior QV na fase pré e pós TCTH. Em 2012, Gaston-Johanson et al., avaliaram com o *Quality of Life Index Cancer Version* (QOLI-CV) um total de 110 participantes, e, concluíram que a QV na fase pré e pós TCTH estavam em pior condição. Pillay et al. (2014) usaram o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF) com 147 pacientes, percebendo déficits na QV na fase pré TCTH. Sarkar et al. (2014) usaram o *The European Organization Research And Treatment Of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30* (EORTC QLQ – C30) com 239 sujeitos, evidenciando QV deficitária na fase pré TCTH.

Song et al. (2015) estudaram a QV em 43 participantes com o instrumento Modelo Adaptado de Roy, percebendo QV ruim na fase pré TCTH. Leeson et al. (2015) aplicaram o *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT) com 220 participantes, e concluíram que grande parte da amostra apresentou QV deficitária na fase pré TCTH. Também em 2015, Pillay e colaboradores pesquisaram 60 pessoas através do instrumento *Orientation to Life Questionnaire* (OLC) notando

pior QV na fase pré TCTH. Em 2016, Cantú-Rodríguez et al., aplicaram o *Functional Status in Primary Care* (COOP/WONKA) com 48 pacientes, sendo que a pior QV estava relacionada na fase pré TCTH.

Dentre os instrumentos para avaliar QV em pacientes pré e pós TCTH, o SF-36 foi o que mais apareceu nas publicações analisadas nesta dissertação (GRUBER et al., 2003; LEE et al., 2005; OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009; LANGER et al., 2009; WINGARD et al., 2010; MORISHITA et al., 2013; WU et al., 2014; EL JAWAHRI et al., 2016). Este é o único instrumento que o CFP menciona sobre QV, e mesmo assim, como de uso não privativo do psicólogo, e, para contextos gerais. O EORTC QLQ – C30 foi o segundo instrumento localizado para aferir QV de acordo com os resultados desta dissertação, entretanto, ele é padronizado para o uso prioritário no continente europeu e especificamente em pacientes com câncer (WETTERGREEN et al., 1999; HARDER et al., 2005; HARDER et al., 2006; RISCHER et al., 2009; SARKAR et al., 2014; ARTHURHOLDT et al., 2014; KIM et al., 2016). O FACT-BMT foi o terceiro instrumento mais utilizado nas pesquisas analisadas nesta dissertação (COURNEYA et al., 2000; SHERMAN et al., 2009; EL JAWAHRI et al., 2015; EL JAWAHRI et al., 2016; EL JAWAHRI et al., 2016)..

Outros instrumentos também foram utilizados por pesquisadores da área, mas em menor proporção. Dentre eles estão o HRQOL (FANN et al., 2007; BASINSKI et al., 2010), o QLI (CHANG et al., 2004; CHANG et al., 2005), o WHOQOL-BREF (PILLAY et al., 2014), o FACIT (LEESON et al., 2015), o FACT-G (TALMAN et al., 2010) o FLIC (CARLSON et al., 2001), o KOOP/WONCA Scale (CANTU-RODRIGUEZ et al., 2016), o OLQ (PILLAY et al., 2015), QOLI-CV (GASTON-JOHANSON et al., 2012), o ROY's (SONG et al., 2015) e o SWED-QUAL (LARSEN et al., 2007). É válido ressaltar que todos eles possuem o mesmo padrão de desenvolvimento, contendo características específicas que limitam a QV dos pacientes, sempre com escalas *likerts* que representam menor ou maior intensidade da característica, e, scores que denotam melhor ou pior QV nos pacientes após averiguação e análise dos instrumentos.

Conforme os resultados evidenciaram, a maioria dos pacientes que estavam na fase pré TCTH apresentaram ansiedade moderada e severa. Já os pacientes que estavam na fase pós TCTH apresentaram maiores índices de ansiedade mínima e leve. Para a depressão, estas premissas foram evidenciadas da mesma forma que

para ansiedade. Sobre a QV, na fase pré TCTH, notou-se pior estado de saúde nos pacientes, ao passo que na fase pós TCTH esta condição de saúde melhorava.

Estes resultados podem estar consonantes com o que a população leiga de um modo geral acredita. Isto quer dizer que é comum as pessoas pensarem que enquanto estão doentes e fazendo tratamento seu estado de saúde física, mental e QV estão mais debilitados, e que estes aspectos só irão melhorar a partir do momento que a cura esteja presente. No caso desta dissertação, que se refere a pacientes pré e pós TCTH, o imaginário popular acredita que tudo ficará bem a partir do momento que o transplante é realizado (OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009).

Obviamente, para a ciência, isto não é real, ou seja, as possibilidades de déficits na QV e desenvolvimento/agravamento de transtornos psicopatológicos também na fase pós TCTH são comuns. Em algumas pesquisas (WETTERGREEN et al., 1999; MUNITZ SHENKAR et al., 2007; RISCHER et al., 2009; SHERMAN et al., 2009; GASTÓN-JOHANSON et al., 2012; MORISHITA et al., 2013; EL JAWAHRI et al., 2016) analisadas nesta dissertação, os resultados mostraram estas afirmações.

Dentre os elementos que podem agravar os quadros psicopatológicos e limitações na QV dos pacientes pós TCTH, o DECH é o principal deles. Nem sempre os transplantes dão certo na primeira tentativa, e o próprio procedimento acarreta em algum grau de risco para a saúde dos pacientes, mesmo em menor nível. Além disso, após o transplante as pessoas precisarão de pelo menos uns 100 dias de acompanhamento médico, de cuidados excessivos com alimentação, medicações e atividades rotineiras para ter certeza que o procedimento ocorreu adequadamente. Se tudo der certo, talvez no pós transplante tardio, depois de um ano, mais ou menos, os pacientes estarão aptos a darem continuidade em suas rotinas de estudo, trabalho e lazer. Isto não quer dizer que eles não precisarão fazer consultas esporádicas e que a doença não terá recidivas (SOMMACAL et al., 2010; GAROFOLO et al., 2016). Daí a importância do trabalho psicoterapêutico também na fase pós TCTH.

Os estudos de revisão sistemática são muito úteis para a prática baseada em evidências, entretanto também possuem limitações diversas. Dentre as limitações encontradas durante o processo de revisão e análise dos artigos encontram-se em primeiro lugar a diferença entre o N de participantes de cada artigo. Por exemplo, havia um artigo que realizou a pesquisa com 14 participantes e outro com 662

utilizando método similar. O intervalo de confiança variava pouco, de 95% para 99%. É válido ressaltar que todos os estudos possuem limitações, portanto, os artigos analisados não foram diferentes.

Muitos dos resumos dos artigos continham informações insuficientes ao que se buscava, sendo necessário localizar os artigos completos para obter tais informações do protocolo descrito no método. Devido à divergência de método, de análise estatística e de apresentação dos resultados entre os estudos, buscou-se categorizar os dados. Estas categorizações foram mais fáceis nos dados que englobavam as características gerais dos estudos, bem como os instrumentos e desfechos. No entanto, para os fatores de risco e proteção a transtornos mentais na fase pré e pós TCTH dependeram da leitura criteriosa dos avaliadores do texto integral, uma vez que estes dados não estavam claros nas publicações, sendo necessários categorizá-los conforme indicativos nos resultados e discussão dos mesmos.

Por fim, notou-se, através dos resultados da dissertação, que os instrumentos para aferição de ansiedade, depressão e QV nos ambientes específicos de TCTH foram mais genéricos. O único instrumento localizado nas publicações que se referia diretamente ao público TCTH foi o FACT-BMT. Outro instrumento que se aproximou desta realidade foi o EORTC QLQ – C 30, ainda assim, com padronização para o uso na Europa e para pacientes oncológicos. Sendo assim, é muito importante que as equipes de saúde que trabalham em serviços de TCTH pesquisem e publiquem mais sobre o assunto, desenvolvam e aprimorem mais instrumentos próprios para essa realidade, bem como disponham de maior atenção para os aspectos emocionais dos pacientes pré e pós transplante.

14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerou-se, através dos resultados desta dissertação, que pacientes pré e pós TCTH necessitam, além do tratamento biológico, acompanhamento psicológico. Isto porque podem estar mais propensos ao desenvolvimento de sofrimento, medos, angústias, e até mesmo problemas emocionais como ansiedade, depressão e déficits na QV. É papel da equipe de saúde e principalmente do psicólogo avaliar os casos com os instrumentos adequados para que os pacientes possam receber o melhor atendimento e encaminhamento, bem como ter maior discernimento nos estudos do caso, uma vez que o psicológico pode afetar o biológico e vice-versa. Diante destas considerações, faz-se necessário responder aos objetivos da pesquisa, a partir das 39 publicações analisadas, que englobaram:

1) Para avaliar ansiedade, os instrumentos HADS e STAI, foram os que mais apareceram nas publicações analisadas neste trabalho. Outros instrumentos como BAI, IDAS, MAC, SCL-90 e STAIC também foram mencionados, entretanto, em menor proporção.

2) A maior parte dos resultados sobre desfechos de ansiedade evidenciou que pacientes na fase pré TCTH possuem maiores índices de ansiedade moderada/severa, e que na fase pós TCTH esses índices diminuem, apresentando-se em níveis mínimo/leve.

3) Para avaliar depressão, os instrumentos HADS e PHQ-9, foram os que mais apareceram nas publicações neste trabalho. Outros instrumentos como BDI, BSI-18, CES-D, CDI, IDAS e SCL-90 também foram mencionados, entretanto, em menor proporção.

4) A maior parte dos resultados sobre os desfechos de depressão evidenciou que pacientes na fase pré TCTH possuem maiores índices de depressão moderada/severa, e que na fase pós TCTH esses índices diminuem, apresentando-se em níveis mínimo/leve.

5) Para avaliar QV, o instrumento SF-36 e EORTC QLQ – C30, foram os que mais apareceram nas publicações neste trabalho. Outros instrumentos como FACT-BMT, HRQOL, QLI, WHOQOL-BREF, FACIT, FACT-G, FLIC, KOOP/WONCA Scale, OLQ, QOLI-CV, ROY's e SWED-QUAL também foram mencionados, entretanto, em menor proporção.

6) A maior parte dos resultados nas publicações que avaliaram QV, evidenciou que pacientes na fase pré TCTH apresentaram pior estado de saúde, e que na fase pós TCTH apresentaram melhor condição.

7) Os estudos avaliados mostraram grande força de evidência científica, principalmente porque se tratavam de ensaios clínicos aleatórios, nível II, e, estudos de coorte, nível III. Além disso, os intervalos de confiança variavam entre 95%, 98% e 99%, o que permite considerá-los como estudos de alto padrão.

A partir da utilização destes instrumentos e verificação da força das evidências científicas das publicações da área, o profissional da Medicina e da Psicologia podem se engajar em práticas que estimulem o melhor atendimento aos pacientes, bem como a humanização e a promoção da saúde no ambiente intra-hospitalar de alta complexidade. Como encaminhamentos futuros, recomenda-se a aplicação prática desta pesquisa (com os instrumentos mais localizados nos resultados) em serviços de TMO. Como exemplos de desenhos de estudos, poderiam ser realizados estudos transversais ou de coorte que avaliassem longitudinalmente, ou através de grupos comparativos a presença de transtornos de humor na fase pré e pós TCTH.

15 REFERÊNCIAS

ABREU, P. R. Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada?. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 322-328, 2006.

ALBERTINI, S. M.; RUIZ, M. A. O papel da glutamina na terapia nutricional do transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 1, p. 41-47, 2001.

ALLGULANDER, C. O que nossos pacientes querem e necessitam saber sobre transtorno de ansiedade generalizada?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 172-176, 2007.

ALMEIDA, A. C.; LOUREIRO, S. R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida após transplante de medula óssea (TMO): uma revisão da literatura. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 17, p. 14-24, 1999.

ANDERS, J. C.; LIMA, R. A. G. Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 866-874, 2004.

ANDRADE-NASCIMENTO, M.; MIRANDA-SCIPPA, A.; NERY-FERNANDES, F.; ROCHA, M.; QUARANTINI, L. C. Transtorno bipolar em comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada: um diagnóstico possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 149-152, 2012.

ANDREATINI, R.; BOERNGEN-LACERDA, R.; ZORZETTO FILHO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 233-242, 2001.

ANDRES, J. C.; LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M. Experiência de pais e outros familiares no cuidado à criança e ao adolescente após o transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 416-421, 2005.

ARANHA, F. J. P. Leucemia Mielóide Crônica: transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 30, supl. 1, p. 41-46, 2008.

ARAUJO, M. A. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. **Psicologia, Teoria e Prática**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 126-141, 2007.

AROS, M. S.; YOSHIDA, E. M. P. Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 59, n.130, P. 61-76, 2009.

ARTHERHOLDT, S. B.; HONG, F.; BERRY, D. L.; FANN, J. R. Risk factors for depression in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. **Biology Blood Marrow Transplant**, United States, v. 20, n. 07, p. 946-950, 2014.

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. Tradução Maria Inês Correa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Manual de Informações ao Paciente de TMO. 2017. Disponível em:<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?c=933>. Acesso em: 19/01/2017.

AZEVEDO, L. A.; ALMEIDA, T. C.; MOREIRA, A. H. "O resfriado da psiquiatria": a depressão sob o ponto de vista Analítico-Comportamental. **Transformações em Psicologia**, São Paulo, v. 2, n. 1, 2009.

AZEVEDO, R. S. Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil: uma revisão sistemática. 2010. 66f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

BAENA, C. P. Revisão sistemática e metanálise: Padrão ouro de evidência?. **Revista Médica do HC-UFPR**, Curitiba, v.1, n. 02, p. 71-74, 2014.

BARROS, A. R.; PRESTES, D. C.; SILVA, D.; TRIBUZY, E.; ROSA, J. G.; ANGIOLETTI, G. C.; SANTOS, L. M. O.; SOUZA, R. R. **Psicologia Hospitalar: Considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão**. Curitiba: CRP PR, 2016.

BASINSKI, J. R.; ALFANSO, C. M.; KATON, W. J.; SYRJALA, K. L.; FANN, J. R. Impact of delirium on distress, health-related quality of life, and cognition 6 months and 1 year after hematopoietic cell transplant. **Biology Blood Marrow Transplant**, United States, V.16, N. 06, P. 824–831, 2010.

BAUER, M.; WHYBROW, P. C.; ANGST, J.; VERSIANI, M.; MOLLER, H. J. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 2ª parte: tratamento de manutenção do transtorno depressivo maior e tratamento dos transtornos depressivos crônicos e das depressões subliminares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, supl. 2, p. 58-76, 2009.

BERWANGER, O.; SUZUMURA, E. A.; BUEHLER, A. M.; OLIVEIRA, J. B. Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises?. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.19, n. 04, p. 475-480, 2007.

BRASIL. Lei nº 4.119 de 27 de Agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm, Acesso em: 10/02/2017.

BRUNONI, A. R.; TENG, C. T.; CORREA, C.; IMAMURA, M.; BRASIL-NETO, J. P.; BOECHAT, R.; ROSA, M.; CARAMELLI, P.; COHEN, R.; DEL PORTO, J. A.; BOGGIO, P. S.; FREGNI, F. Neuromodulation approaches for the treatment of major depression: challenges and recommendations from a working group meeting. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 433-451, 2010.

BUSS, P. C. Globalização, pobreza e saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1575-1589, 2007.

CAMARA, R. A.; AMATO, M. A. P. A vivência de pacientes com câncer hematológico sob a perspectiva do psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-91, 2014.

CAMPOS, E. M. P.; BACH, C.; ALVARES, M. Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. **Psicologia, Teoria e Prática**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 23-36, 2003.

CANALES, J. Z.; CORDÁS, T. A.; FIQUER, J. T.; CAVALCANTE, A. F.; MORENO, R. A. Posture and body image in individuals with major depressive disorder: a controlled study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 375-380, 2010.

CANTARELLI, A. P. S. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 137-147, 2009.

CANTÚ-RODRIGUEZ, O. G.; SANCHEZ-CARDENAZ, M.; TREVINO-MONTEMAYOR, O. R.; GUTIERREZ-AGUIRRE, C. H.; TARIN-ARZAGA, L.; JAIME-PEREZ, J. C.; GOMEZ-ALMAGUER, D. Impact of outpatient non-myeloablative haematopoietic stem cell transplantation in quality of life vs. conventional therapy. **Psychology Health Medical**, México, v. 21, n. 01, p. 10-19, 2016.

CAPES, 2016. Classificação da produção intelectual. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>. Acesso em 08.12.2016.

CARLSON, L. E.; KOSKI, T.; GLUCK, S. Longitudinal effects of high-dose chemotherapy and autologous stemcell transplantation on quality of life in the treatment of metastatic breast câncer. **Bone Marrow Transplantation**, Canada, V. 27, N. 01, P. 989–998, 2001.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002.

CASTILLO, A. R.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, 2000.

CHAGAS, M. H.; NARDI, A.; MANFRO, G. G.; HETEM, L. A. B.; ANDRADA, N. C.; LEVITAN, M. N.; SALUM, G. A.; ISOLAN, L.; FERRARI, M. C. F.; CRIPPA, J. A. S. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o diagnóstico e diagnóstico diferencial do transtorno de ansiedade social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, 2010.

CHANG, G.; ORAV, J.; TONG, M. Y.; ANTIN, J. H. Predictors of 1-Year Survival Assessed at the Time of Bone Marrow Transplantation. **Psychosomatics**, United States, V. 45, N. 01, p 378–385, 2004.

CHANG, G.; ORAV, J.; MC NAMARA, T. K.; TONG, M. Y.; ANTIN, J. H. Psychosocial Function After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. **Psychosomatics**, United States, V. 46, N. 01, P. 34–40, 2005.

CHIODI, M. G.; WECHSLER, S. A. Avaliação psicológica: contribuições brasileiras. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 197-210, 2008.

COSTA, A. A. V.; FIORONI, L. N. Avaliação de Grupos Terapêuticos Comportamentais como estratégia de tratamento para pacientes depressivos. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, 2009.

COURNEYA, K. S.; KEATS, M. R.; TURNER, R. Physical exercise and quality of life in cancer patients following high dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation. **Psycho-Oncology**, United States, V.9, N.01, P.127–136, 2000.

CRUZ, L. N. Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre. 2010. 270f. Teses (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

CUNHA, P. R.; BEUREN, I. M. Técnicas de amostragem utilizadas nas empresas de auditoria independente estabelecidas em Santa Catarina. **Revista Contabilidade e Finanças**, São Paulo, v. 17, n. 40, p. 67-86, 2006.

DELFINO, M. R. R., KARNOPP, Z. M. P.; ROSA, M. R. Q. P.; PASIN, R. R. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trabalho, Educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2012.

DELITTI, M. Depressão: A solução depende de vários modelos teóricos?. In. KERBAUY, R. R. **Sobre Comportamento e Cognição**: Conceitos, pesquisas e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. V.05. Santo André: ESETec, 2000, PP 269-272.

DEMATTE, S. C. Psiconeuroendocrinoimunologia do Estresse. 2003. 25f. Monografia (Graduação em Biologia) – Centro Universitário de Brasília, Brasília.

DEMETRIO, F. N. Depressão: Bases Anátomo-Fisiológicas. In. ZAMIGNANI, D. R. **Sobre Comportamento e Cognição**: A aplicação da Análise do Comportamento e

da Terapia Cognitivo-Comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. V.03. Santo André: ESETec, 2001, PP 150-158.

DE SOUSA, D. A.; MORENO, A. L.; GAUER, G.; MANFRO, G. G.; KOLLER, S. H. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, V.12, N.03, P. 397-410, 2013.

DIAS, A. L. P; SILVA, L. D. Perfil do portador de lesão crônica de pele: fundamento a autopercepção de qualidade de vida. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2006.

DIMEO, F. C.; STIEGLITZ, R. D.; NOVELLI-FISHER, U.; FETSCHER, S.; KEUL, J. Effects of Physical Activity on the Fatigue and Psychologic Status of Cancer Patients during Chemotherapy. **Cancer**, United States, V. 85, N. 10, P. 2273-2277, 1999.

DORO, M. P.; PASQUINI, R.; LOHR, S. S. A functional assessment of adolescents who were recipients of bone marrow transplantation: a prospective study. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 1, p. 5-15, 2003.

DORO, M. P.; PELAEZ, J. M.; DÓRO, C. A.; ANTONECHEN, A. C.; MALVEZZI, M.; BONFIM, C. M. S.; FUNKE, V. M. Psicologia e musicoterapia: uma parceria no processo psicoativo dos pacientes do Serviço de Transplante de Medula Óssea. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-130, 2015.

DORO, M. P.; ZANIS NETO, J.; PELAEZ, J.; SPERANDIO, R. C.; BONFIM, C. M. S.; FALAVINHA, E.; KOJO, T. K.; LIMA, D. H. Grupo de apoio para pacientes e familiares do serviço de transplante de medula óssea. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 47-74, 2011.

EL-JAWAHRI, A.; LEBLANC, T.; VAN DUSEN, H.; TRAEGER, L.; GREER, J. A.; PIRL, W. F.; JACKSON, V. A.; TELLES, J.; RHODES, A.; SPITZER, T. R.; MCAFEE, S.; CHEN, T. B. A.; LEE, S. S.; TEMEL, J. S. Effect of Inpatient Palliative Care on Quality of Life 2WeeksAfter Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized Clinical Trial. **Journal American Medical Association**, United States, V. 306, N. 20, P. 2093-2103, 2016.

EL-JAWAHRI, A.; TRAEGER, L.; KUSMUK, K.; EUSEBIO, J.; VANDUSEN, H.; SHIN, J. Quality of Life and Mood of Patients and Family Caregivers during

Hospitalization for Hematopoietic Stem Cell Transplantation. **Cancer**, United States, V. 121, N. 06, P. 951–959, 2015.

EL-JAWAHRI, A. R.; VANDUSEN, H. B.; TRAEGER, L. N.; FISHBEIN, J. N.; KEENAN, T.; GALLAGHER, E. R.; GREER, J. A. Quality of Life and Mood Predict Posttraumatic Stress Disorder After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. **Cancer**, United States, V. 122, N. 05, P. 806-812, 2016.

FANN, J. R.; ALFANO, C. M.; ROEMER, S. R.; KATON, W. J.; SYRJALA, K. L. Impact of Delirium on Cognition, Distress, and Health-Related Quality of Life After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. **Journal of Clinical Oncology**, United States, V. 25, N. 10, p. 1223-1231, 2007.

FANN, J. R.; BERRY, D. L.; WOLPIN, S.; SEYMOUR, M. A.; BUSH, N.; HALPENNY, B.; LOBER, W. B.; MCCORKLE, R. Depression Screening Using the Patient Health Questionnaire-9 Administered on a Touch Screen Computer. **Psychooncology**, United States, V. 18, N. 01, P. 14–22, 2009.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 349-353, 2015.

FAVA, D. C.; KRISTENSEN, C. H.; MELO, W. V.; ARAUJO, L. B. Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de viés de atenção em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 159-165, 2009.

FERMO, V. C.; RADUNZ, V.; ROSA, L. M.; MARINHO, M. M. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e55716, 2016.

FERMO, V. C.; RADUNZ, V.; ROSA, L. M.; MARINHO, M. M. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1139-1146, 2015.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. L. Aspectos éticos na pesquisa com adolescentes. **Bioética**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 56–9, 2012.

FERREIRA, D. C.; TOURINHO, E. Z. Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 20-36, 2011.

FLECK, M. P.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F.; HETEM, L. A. Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão: versão integral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, V. 31, N. 01, p. 7-17, 2009.

FLECK, M. P. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 146-149, 2007.

FONSECA, R. B.; SECOLI, S. R. Medicamentos utilizados em transplante de medula óssea: um estudo sobre combinações dos antimicrobianos potencialmente interativos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 706-714, 2008.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, M. O.; TREVISAN, M. A. Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GAROFOLO, A. MODESTO, P. C.; GORDAN, L. N.; PETRILLI, A. S.; SEBER, A. Perfil de lipoproteínas, triglicérides e glicose plasmáticos de pacientes com câncer durante o transplante de medula óssea. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 281-288, 2006.

GASTON-JOHANSON, F.; FALL-DICKSON, J. M.; NANDA, J. P.; SARENMALM, E. K.; BROWALL, M.; GOLDSTEIN, N. Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. **Psycooncology**, United States, v. 22, n. 03, p. 530-539, 2012.

GIMENES, G. F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2013.

GRUBER, U.; FEGG, M.; BUCHMANN, M.; KOLB, H. J.; HIDDEMANN, W. The long-term psychosocial effects of haematopoietic stemcell transplantation. **European Journal of CancerCare**, Germany, V. 12, N. 01, p. 249–256, 2003.

GUANILO, M. C. T. U.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão Sistemática: Noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011.

GUIMARAES, F. A. B.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Impact of autologous hematopoietic stem cell transplantation on the quality of life of patients with multiple sclerosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 522-527, 2010.

GUIMARAES, F. A. B.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, E. A. Qualidade de vida de pacientes com doenças auto-imunes submetidos ao transplante de medula óssea: um estudo longitudinal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 856-863, 2008.

HAJERMSTAD, M. J.; LOGE, J. H.; EVENSEN, S. A.; KVALOY, S. O.; FAYERS, P. M.; KAASA, S. The course of anxiety and depression during the first year after allogeneic or autologous stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplantation**, United States, V. 24, N. 01, P.1219–1228, 1999.

HARDER, H.; DUIVENVOORDEN, B.; VAN GOOL, A. R.; CORNELISSEN, J. J.; VAN DEN BENT, M. J. Neurocognitive Functions and Quality of Life in Haematological Patients Receiving Haematopoietic Stem Cell Grafts: A One-Year Follow-Up Pilot Study. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, United States, V. 28, N. 03, P. 283-293, 2006.

HARDER, H.; VAN GOOL, A. R.; CORNELISSEN, J.; DUIVENVOORDEN, H. J.; EIJKENBOOM, W. M. H.; BARGE, R. M. Y.; VAN DEN BENT, M. J. Assessment of pre-treatment cognitive performance in adult bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation patients: A comparative study. **European Journal of Cancer**, Germany, V. 41, N. 01, P. 1007–1016, 2005.

HUNZIKER, M. H. L. O Desamparo Aprendido e a Análise Funcional da Depressão. In: ZAMIGNANI, D. R. **Sobre Comportamento e Cognição**: A aplicação da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. V.03. Santo André: ESETec, 2001, PP 141-149.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2015). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR>. Acesso em: 18/02/2017.

Jornal O Progresso Online. OMS diz que 33% da população mundial sofre de ansiedade. 2017. Disponível em: <http://www.progresso.com.br/caderno-a/ciencia-saude/oms-diz-que-33-da-populacao-mundial-sofre-de-ansiedade>. Acesso em: 23/01/2017.

KHOURY, H. T. T.; SA-NEVES, Â. C. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 553-565, set. 2014.

KIM, K. I.; KIM, J. H.; JI, E. H.; JANG, J. H.; KIM, J. S.; KWON, J. H.; KIM, I.; PARK, S.; VELIKOVA, G.; YOON, S. S.; MI OH, J. Psychometric analysis of the Korean version of the high-dose chemotherapy specific quality of life questionnaire module from the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-HDC29). **Quality Of Life Research**, Korea, V. 25, N. 04, P. 881-890, 2016.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2009.

KUNZLER, L. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Cognitive therapy: using a specific technique to improve quality of life and health. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 267-274, 2013.

LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; CRUZ, A. P. M.; BRANDAO, M. L. Padrões de respostas defensivas de congelamento associados a diferentes transtornos de ansiedade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 175-192, 2006.

LANGER, S. L.; BROWN, J. D.; SYRJALA, K. L. Intra- and Inter-personal Consequences of Protective Buffering among Cancer Patients and Caregivers. **Cancer**, United States, V. 115, Supl. 18, P. 4311–4325, 2009.

LARSEN, J.; NORDSTROM, G.; LJUNGMAN, P.; GARDULF, A. Factors associated with poor general health after stem-cell transplantation. **Support Care Cancer**, United States, V. 15, N. 01, P. 849–857, 2007.

LAWALL, F. A. A.; TRIVELLATO, I. O.; SHIKASHO, L.; FILGUEIRAS, M. S. T.; SILVA, N. C.; ALMEIDA, T. R. Heranças familiares: entre os genes e os afetos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 458-464, 2012.

LEE, S. J.; LOBERIZA, F. R.; ANTIN, J. H.; KIRKPATRICK, T.; PROKOP, L.; ALYEA, E. P.; CUTLER, C.; HO, V. T.; RICHARDSON, P. G.; SCHLOSSMAN, R. L.; FISHER, D. C.; LOGAN, B.; SOIFFER, R. J. Routine screening for psychosocial distress following hematopoietic stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplantation**, United States, V. 35, N. 01, P. 77–83, 2005.

LEESON, L. A.; NELSON, A. M.; RATHOUZ, P. J.; JUCKETT, M. B.; COE, C. L.; CAES, E. W.; COSTANZO, E. S. Spirituality and the Recovery of Quality of Life Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation. **Health Psychology**, United States, V. 34, N. 9, P. 920–928, 2015.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 245-251, 2011.

MACHADO, N. PARCIAS, S. R.; SANTOS, K.; SILVA, M. E. M. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 175-180, 2009.

MACHADO-VIEIRA, R.; SOARES, J. C. Transtornos de humor refratários a tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, supl. 2, p. S48-S54, 2007.

MASTROPIETRO, A. P.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; SANTOS, M. A. Vida ocupacional de pacientes sobreviventes ao transplante de medula óssea: estudo exploratório. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 241-252, 2011.

MATIAS, A. B.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico: um estudo longitudinal. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 187-197, 2011.

MEINERZ, C.; CHAGAS, M.; DALMOLIN, L. C.; SILVEIRA, M. D. P.; CAVALHERO, F.; FERREIRA, L. A. P.; BAZZO, M. L. Avaliação do percentual de compatibilidade HLA entre membros da mesma família para pacientes à espera de transplante de medula óssea em Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 359-362, 2008.

MELLO, C. N. H.; MARTINS, M. L. C.; CHAMONE, D.; PINTO, K. O.; SANTOS, N. O.; LUCIANT, M. C. S. Intervenções psicológicas realizadas na clínica onco-hematológica: discussão acerca das possibilidades clínicas apresentadas na literatura. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 73-99, 2007.

MELO, R. L. P.; EULALIO, M. C.; SILVA, H. D. M.; SILVA FILHO, J. M.; GONZAGA, P. S. Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 239-250, 2013.

MENDRONE JUNIOR, A. Sangue periférico como fonte de células para terapia celular. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. 19-24, 2009.

MENEZES, G. B.; FONTENELLE, L. F.; MULULO, S.; VERSIANI, M. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, supl. 2, p. S55-S60, 2007.

MORAIS, L. V.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2008.

MORANDO, J.; MAUAD, M. A.; FORTIER, S. C.; PIAZERA, F. Z.; SOUZA, M. P.; OLIVEIRA, C.; MACHADO, C.; MATOS, E.; AZEVEDO, W. M.; RIBEIRO, L. L.; NUNES, E. C.; BITENCOURT, M. A.; SETÚBAL, D. C.; FUNKE, V. M.; OLIVEIRA, M. M.; MEDEIROS, L. A.; NABHAN, S. K.; LOTH, G.; SOLA, C. B. S.; KOLISKI, A.; PASQUINI, R.; ZANIS NETO, J.; COLTURATO, V. A. R.; BONFIM, C. M. S. Transplante de células-tronco hematopoéticas em crianças e adolescentes com

leucemia aguda: experiência de duas instituições Brasileiras. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 350-357, 2010.

MORISHITA, S.; KAIDA, K.; YAMAUCHI, S.; WAKASUGI, T.; YOSHIHARA, S.; TANIGUSHI, K.; ISHII, S.; Ikegame, K.; KODAMA, N.; OGAWA, H.; DOMEN, K. Gender differences in health-related quality of life, physical function and psychological status among patients in the early phase following allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. **Psychooncology**, United States, v. 22, n. 05, p. 1159-1166, 2013.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 108-115, 2007.

MUNITZ-SHENKAR, D.; KRULIK, T.; PERETZ, C.; SHILOH, R.; ELHASID, R.; TOREN, A.; WEIZMAN, A. Psychological and cytokine changes in children and adolescents undergoing hematopoietic stem cell transplantation. **European Neuropsychopharmacology**, Londres, V. 17, N. 01, P. 58—63, 2007.

NORONHA, A. P. P.; REPPOLD, C. T. Considerações sobre a avaliação Psicológica no Brasil. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. spe, p. 192-201, 2010.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida de sobreviventes do transplante de medula óssea (TMO): um estudo prospectivo. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 621-628, 2009.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, 2006.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C. Repercussões psicológicas do transplante de medula óssea no doador relacionado. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 430-445, 2007.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science And Medicine**. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

ONUBR. Organização das Nações Unidas no Brasil. Depressão é tema de campanha da OMS para dia mundial da saúde de 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-dia-mundial-da-saude-de-2017/>. Acesso em: 23/01/2017.

ORTIZ, E.; NAKAMURA, E.; MAGALHÃES, R.; SOUZA, C. A.; CHONE, C. T.; VIGORITO, A. C.; SAKANO, E. Valor prognóstico da tomografia computadorizada de seios paranasais no transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 76, n. 5, p. 618-622, 2010.

PALLOTTA, R.; RAMOS, E.; RIBEIRO, M. R. Metodologia diagnóstica e tratamento da recaída após transplante de medula óssea em paciente com leucemia promielocítica aguda. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 3, p. 414-418, 2000.

PANZINI, R. G.; MAGANHA, C.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

PANZINI, R. G.; ROCHA, N. C.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PEREIRA, A. L.; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, 2006.

PEREIRA, I. S. A vontade de sentido na obra de Viktor Frankl. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 125-136, 2007.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Carência fantasmática de vulnerabilidade somática em pacientes onco-hematológicos com indicação para o transplante de medula óssea. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 85-101, 2005.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Relações entre a personalidade dos pacientes e a sobrevivência após o transplante de medula óssea: revisão da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 341-349, 2006.

PILLAY, B.; LEE, S. J.; KATONA, L.; BURNEY, S.; AVERY, S. Psychosocial factors associated with quality of life in allogeneic stem cell transplant patients prior to transplant. **Psycho-Oncology**, United States, V. 23, N. 01, P. 642–649, 2014.

PILLAY, B.; LEE, S. J.; KATONA, L.; DE BONO, S.; BURNEY, S.; AVERY, S. A prospective study of the relationship between sense of coherence, depression, anxiety, and quality of life of haematopoietic stem cell transplant patients over time. **Psychooncology**, Austrália, v. 24, n. 02, p. 220-227, 2015.

PONTES, L.; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G. Demandas de atenção de um paciente na unidade de transplante de medula óssea. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 154-160, 2007.

POWELL, V. B.; ABREU, N.; OLIVEIRA, I. R.; SUDAK, D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s73-s80, 2008.

PRIETO, J. M.; ATALA, J.; BLANCH, J.; CARRERAS, E.; ROVIRA, M.; CIRERA, E.; GASTO, C. Patient-rated emotional and physical functioning among hematologiccancer patients during hospitalization for stem-cell transplantation. **Bone Marrow Transplantation**, United States, V. 35, N. 01, P. 307–314, 2005.

REIS, M. A. L.; VISENTAINER, J. E. L.. Reconstituição imunológica após o transplante de medula óssea alogênico. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 26, n. 3, p. 212-217, 2004.

Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 18/02/2017.

RIERA, R.; ABREU, M. M.; CICONELLI, R. M. Revisões sistemáticas e metanálises na reumatologia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 8-11, 2006.

RISCHER, J.; SCHERWATH, A.; ZANDER, A. R.; KOCH, U.; SCHULZ-KINFERMANN, F. Sleep disturbances and emotional distress in the acute course of hematopoietic stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplantation**, United States, V. 44, N. 01, P. 121–128, 2009.

RIUL, S.; AGUILLAR, O. M. Contribuição à organização de serviços de transplante de medula óssea e a atuação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 49-57, 1997.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x Revisão narrativa. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SABOYA, R.; DULLEY, F. L.; FERREIRA, E.; SIMÕES, B. Transplante de medula óssea com doador familiar parcialmente compatível. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 13-15, 2010.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

SANTOS, M. A.; MARQUES, L. A. S.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Percepção de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 sobre o transplante de células-tronco hematopoéticas. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 425-433, 2012.

SANTOS, M. A.; SILVA, A. F. S.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; MASTROPIETRO, A. P.; VOLTARELLI, J. C. Impact of autologous hematopoietic stem cell transplantation on the quality of life of type 1 diabetes mellitus patients. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 264-271, 2011.

SANTOS, M. Z.; SARDÁ JUNIOR, J. J.; MENEZES, M.; THIEME, A. L. Avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças com câncer por meio do DFH III. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 12, n. 3, p. 325-332, 2013.

SARKAR, S.; SCHERWATH, A.; SCHIRMER, L.; SCHULZ-KINFERMANN, F.; NEUMANN, K.; KRUSE, M.; DINKEL, A.; BALCK, F.; KROGER, N.; KOCH, U.;

MEHNERT, A. Fear of recurrence and its impact on quality of life in patients with hematological cancers in the course of allogeneic hematopoietic SCT. **Bone Marrow Transplant**, Alemanha, v. 49, n. 09, p. 1217-1222, 2014.

SATEPSI. Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos. Conselho Federal de Psicologia. 2017. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/>. Acesso em: 29/01/2017.

SCANNAVINO, C. S. S.; SORATO, D. B.; LIMA, M. P.; FRANCO, A. H. J.; MARTINS, M. P.; MORAIS JÚNIOR, J. C.; BUENO, P. R. T.; REZENDE, F. F.; VALÉRIO, N. I. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 35-53, 2013.

SEBER, A. O transplante de células-tronco hematopoéticas na infância: situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. 59-67, 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SERSON, B. Integrando farmacoterapia à psicoterapia e a medidas gerais no tratamento dos quadros ansioso-depressivos. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, dez. 2007.

SHERMAN, A. C.; SIMONTON, S.; LATIF, U.; PLANTE, T. G.; ANAISSIE, E. J. Changes in Quality-of-Life and Psychosocial Adjustment among Multiple Myeloma Patients Treated with High-Dose Melphalan and Autologous Stem Cell Transplantation. **Biology Blood Marrow Transplant**, United States, V. 15, N. 1, P. 12-20, 2009.

SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-Transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 75-82, 2001.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 2ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 11ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1974.

SKINNER, B. F. **Questões Recentes na Análise Comportamental**. 5ª edição. Campinas, SP: Papirus, 1995.

SLOVACEK, L. SLOVACKOVA, B.; JEBAVY, L.; MACINGOVA, Z. Psychosocial, health and demographic characteristics of quality of life among patients with acute myeloid leukemia and malignant lymphoma who underwent autologous hematopoietic stem cell transplantation. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 125, n. 6, p. 359-361, 2007.

SOMMACAL, H. M.; JOCHIMS, A. M. K.; SCHUCH, I.; SILLA, L. M. R. Comparação de métodos de avaliação nutricional empregados no acompanhamento de pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 50-55, 2010.

SONG, C. E.; SO, H. S. Factors Influencing Changes in Quality of Life in Patients undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Longitudinal and Multilevel Analysis. **Journal Korean Academy Nurse**, Korea, v. 45, n. 05, p. 694-703, 2015.

SOUSA, M. R.; RIBEIRO, A. L. P. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 92, n. 3, p. 241-251, 2009.

SOUSA, R. M.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; SANTANA, R. F.; LOPES, M. V. O. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 54-65, 2015.

TALLMAN, B.; SHAW, K.; SCHULTZ, J.; ALTMAIER, E. Well-Being and Posttraumatic Growth in Unrelated Donor Marrow Transplant Survivors: A Nine-Year Longitudinal Study. **Rehabilitation Psychology**, United States, Vol. 55, N. 2, P. 204-210, 2010.

Universidade Federal de São Carlos. O coeficiente de correlação de Pearson (r). Disponível em:
http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Correlacao/Correlacao_Pearson_Spearman_Kendall.pdf.
 Acesso em: 01/03/2017.

VASCONCELOS, J. R. O.; LOBO, A. P. S.; MELO NETO, V. L. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 4, p. 259-265, 2015.

VLEK, C. Globalização, dilemas dos comuns e qualidade de vida sustentável: do que precisamos, o que podemos fazer, o que podemos conseguir?. **Estudos em Psicologia**, Natal, v. 8, n. 2, p. 221-234, 2003.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, 2005.

WATANABE, A. M.; OMOTTO, C. A.; DI COLLI, L.; HAYASHI, V. M. H. Percepção da comunidade nipo-brasileira residente em Curitiba sobre o cadastro de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 136-140, 2010.

WELLS, K. J.; BOOTH-JONES, M.; JACOBSEN, P. B. Do Coping and Social Support Predict Depression and Anxiety in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation?. **Journal Psychosocial Oncology**, United States, V. 27, N. 03, P. 01-17, 2009.

WETTERGREN, L.; LANGIUS, A.; BJORKHOLM, M.; BJORVELL, H. Post-traumatic Stress Symptoms in Patients Undergoing Autologous Stem Cell Transplantation. **Acta Oncologica**, Sweden, Vol. 38, N. 4, p. 475-480, 1999.

WINGARD, J. R.; HUANG, I. C.; SOBOCINSKI, K. C.; ANDRIKOWSKI, M. A.; CELLA, D.; RIZZO, J. D.; BRADY, M.; HOROWITZ, M. M.; BISHOP, M. M. Factors associated with Self-reported Physical and Mental Health after Hematopoietic Cell Transplantation. **Biology Blood Marrow Transplant**, United States, V. 16, N. 12, P. 1682-1692, 2010.

WU, L. M.; AUSTIN, J.; VALDIMARSDOTTIR, H.; ISOLA, L.; ROWLEY, S. D.; DIEFENBACH, M. A.; CAMMARATA, M.; REDD, W. H.; RINI, C. Cross-sectional study of patient-reported neurobehavioral problems following hematopoietic stem cell transplant and health-related quality of life. **Psychooncology**, United States, v. 23, n. 12, p. 1406-1414, 2014.

16 APÊNDICES

APÊNDICE 1: INSTRUMENTOS PARA ANSIEDADE CONFORME LEVANTAMENTO DE CRUZ ET AL (2013)

Nome do instrumento (Sigla; Referência)

Categoria 1. Ansiedade como construto global

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE; Fioravanti, Santos, Maissonette, Cruz, & Landeira-Fernandez, 2006; Fioravanti-Bastos, Cheniaux, & Landeira-Fernandez, 2011; Kaipper, Chachamovich, Hidalgo, Torres, & Caumo, 2010)

Escala de Ansiedade Infantil “O Que Penso e Sinto” 1 (RCMAS; Gorayeb & Gorayeb, 2008)

Escala de Ansiedade de Hamilton (Ham-A; Kummer, Cardoso, & Teixeira, 2010)

Inventário de Ansiedade Geriátrica4 (GAI; Martiny, Silva, Nardi, & Pachana, 2011)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI; Cunha, 2001; Osório e cols., 2011)

Escala de Ansiedade para Adolescentes2 (Batista & Sisto, 2005)

Categoria 2. Diversos transtornos psiquiátricos

*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*1 (SCARED; Isolan, Salum, Osowski, Amaro, & Manfro, 2011)

*Children’s Interview for Psychiatric Syndromes*1 (ChIPS; Souza, Serra-Pinheiro, Mousinho, & Matos, 2009)

Entrevista Semi-Estruturada para Diagnóstico em Psiquiatria da Infância, Versão Epidemiológica 1 (K-SADS-E; Polanczyk e cols., 2003)

*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present and Lifetime Version*1 (K-SADS-PL; Brasil, 2003; Brasil & Bordin, 2010)

Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças1 (MASC-VB; Vianna, 2009)

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID; Crippa e cols., 2008)

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Amorim, 2000)

Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Rocha, Vercaro, Uchoa, & Lima-Costa, 2005) e *Composite International Diagnostic Interview 2.1* (CIDI 2.1; Quintana, Gastal, Jorge, Miranda, & Andreoli, 2007)

Primary Care Evaluation of Mental Disorders Questionnaire (PRIME-MD; Ferreira, Pereira, Rossini, Kanashiro, Adda, & Scaff, 2010)

Categoria 3. TA específico [TA]

Escala Breve de Fobia Social (BSPS; Osório e cols., 2006, 2010b, 2010d) [FS]

Escala para Autoavaliação ao Falar em Público (SSPS; Osório & cols., 2008, 2010d) [FS]

Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI; Picon, Gauer, Fachel, & Manfro, 2005; Picon, Gauer, Fachel, Beidel, Segnanfredo, & Manfro, 2006; Picon, Gauer, Hirakata, e cols., 2006) [FS]

Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Crianças1 (SPAI-C; Gauer, Picon, Vasconcellos, Turner, & Beidel, 2005; Gauer, Picon, Davoglio, Silva, & Beidel, 2009) [FS]

Social Interaction Self-Statement Test (SISST; Silva & Nardi, 2010)

Escala de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS; Burato, Crippa, & Loureiro, 2009) [FS]

Fear of Negative Evaluation Scale (FNE; Silva & Nardi, 2009) [FS]

Social Avoidance and Distress Scale (SADS; Levitan, Nascimento, Freire,

Mezzasalma, & Nardi, 2008) [FS]

*Social Anxiety Questionnaire for Adults*3 (SAQ-A) e *Social Anxiety Questionnaire for Adults Revised*3 (SAQ-AR; Caballo, Salazar, Irturia, Arias, & Hofmann, 2010) [FS]

Escala de Ansiedade Social Liebowitz (LSAS; Kummer, Cardoso, & Teixeira, 2008; Terra e cols., 2006) [FS]

Inventário de Fobia Social (SPIN; Osório e cols., 2009, 2010c; Vilete, Coutinho, & Figueira, 2004; Vilete, Figueira, & Coutinho, 2006) [FS]

Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN; D'El Rey, Lavaca, & Cardoso, 2007; D'El Rey & Matos, 2009; Osório, Crippa, & Loureiro, 2007; Osório, Crippa, & Loureiro, 2010a; Osório, Crippa, & Loureiro, 2010d) [FS]

Escala D'El Rey de Medo de Falar em Público (EDMF; D'El Rey, 2008) [FS]

Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C; Berger, Mendlowicz, Souza, & Figueira, 2004; Costa e cols., 2011) [TEPT]

Trauma History Questionnaire (THQ; Fiszman, Cabizuca, Lanfredi, & Figueira, 2005) [TEPT]

Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Pupo e cols., 2011) [TEPT]

Obsessive-Compulsive Inventory (OCI; Souza, Foa, Meyer, Niederauer, Raffin, & Cordioli, 2008) e *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R; Souza e cols., 2008; Souza, Foa, Meyer, Niederauer, & Cordioli, 2011) [TOC]

Teste de Associação Implícita para Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TAI-TOC; Victoria & Fontenelle, 2010, 2011) [TOC]

Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS; Rosario-Campos e cols., 2006) [TOC]

Escala Tampa de Cinesiofobia (ETC; Siqueira, Teixeira-Salmela, & Magalhães, 2007; Souza, Marinho, Siqueira, Maher, & Costa, 2008) [FE]

Questionário para Medo de Aranha (FSQ; Granado, Peláez, & Garcia-Mijares, 2005) [FE]

Questionário para Fobia de Aranha (SPQ; Granado e cols., 2005) [FE]

Questionário de Automaticidade e Irracionalidade (AI; Granado e cols., 2005) [FE]

Questionário de Claustrofobia (Gouveia, Medeiros, Gouveia, Santos, & Diniz, 2008) [FE]

*Avaliação Clínica do Medo de Cair em Idosos*4 (Macedo, Marques, & Pereira, 2006) [FE]

Teste das Pirâmides Coloridas (Villemor-Amaral, Farah, & Primi, 2004) [TP]

Teste de Relações Objetivas de Phillipson (Silva, Rosa, Paegle, Braunholz, & Bolgar, 2004) [TP]

Rorschach (Farah & Villemor-Amaral, 2008; Villemor-Amaral, Franco, & Farah, 2008) [TP]

Categoria 4. Contexto específico [contexto]

Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS; Echevarria-Guanilo, Rossi, Dantas, & Santos, 2006; Echevarria-Guanilo e cols., 2011) [pacientes com queimadura]

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS; Castro, Quarantini, Batista-Neves, Kravchete, Daltro, & Miranda-Scippa, 2006; Marcolino, Mathias, Piccinini Filho, Guarantini, Suzuki, & Alli, 2007; Soares-Filho e cols., 2009) [hospitalar]

*Desenho Infantil*1 (Menezes, Moré, & Cruz, 2008) [hospitalar]

Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2; Coelho, Vasconcelos-Raposo, & Cielo Mahal, 2010) [esportivo]

Dental Anxiety Scale (DAS; Hu, Gorenstein, & Fuentes, 2007; Torriani, Teixeira, Pinheiro, Goettems, & Bonow, 2008) [odontológico]

Escala de Padrão Comportamental de Venhan (Torriani, Teixeira, Pinheiro, Goettems,

& Bonow, 2008) [odontológico]
 Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ; Abreu, Faria, Cardoso, & Teixeira-Salmela, 2008; Souza e cols., 2008) [pacientes com dor lombar]
 Questionário de Ansiedade Cardíaca (CAQ; Sardinha, Nardi, & Eifert, 2008) [pacientes com problemas cardíacos]
 Escala de Ansiedade Pré-operatória de Yale Modificada (EAPY-m; Guaratini e cols., 2006) [pré-operatório]
 Questionário de Impacto de Fibromialgia (FIQ; Martins e cols., 2012) [pacientes com fibromialgia]
 Escala de Ansiedade Escolar para Crianças¹ (Oliveira & Sisto, 2002) [escolar]
 Escala de Ansiedade para Pacientes de Ambulatório (Oliveira & Sisto, 2004) [ambulatório]
 Categoria 5. Característica específica [característica]
 Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Castillo, Macrini, Cheniaux, & Landeira-Fernandez, 2010) [preocupação]
 Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3; Escocard, Fioravanti-Bastos, & Landeira-Fernandez, 2009) [sensibilidade à ansiedade]
 Teste de Associação Implícita-Ansiedade (TAI-Ansiedade; Victoria & Soares, 2008) [viés atencional]
 Tarefa de Stroop Emocional (Fava, Kristensen, Melo, & Araujo, 2009) [viés atencional]
 Teste de pressão arterial e frequência cardíaca (Conceição, Schonhorst, Conceição, & Oliveira Filho, 2004) [medidas fisiológicas]
 Challenge tests indutores de ansiedade (ataques de pânico): Ingestão de cafeína (Nardi, Lopes, Valença, e cols., 2007; Nardi, Lopes, Freire, e cols., 2009; Nardi, Valença, Lopes, e cols. 2007); Inalação de dióxido de carbono (Nardi, Valença, e cols., 2007; Valença, Nardi, Nascimento, Zin & Versiani, 2002); Apneia voluntária (Nardi, Nascimento, Valença, Lopes, Mezzasalma, & Zin, 2003) [indutores de ansiedade]
 Categoria 6. Saúde mental de forma geral
 Escala de Avaliação de Sintomas-40a (EAS-40; Yoshida & Silva, 2007)
 Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20; Scazufca, Menezes, Vallada, & Araya, 2009)
 Categoria 7. Outros escopos
 Escala Analógica de Humor (EAH; Sanchez & Gouveia Jr, 2008)
 Diagnóstico de Enfermagem de Ansiedade pela Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA; Bergamasco, Rossi, Carvalho, & Dalri, 2004; Oliveira, Chianca, & Rassool, 2008; Pereira e cols., 2011; Vieira, Bachion, Coelho, Cordeiro, & Salge, 2010)
 Questionário de Autoavaliação para o Espectro do Pânico Agorafóbico (PAS-SR; Matos, Sardelli, Ravera, D'Agostino, & Matos, 2005)
 Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego (TEMPS-A; Woodruff e cols., 2011)
 Affective and Emotional Composite Temperament Scalea (AFFECTS; Lara, Bisol, Brunstein, Reppold, Carvalho, & Ottoni, 2011)
 Combined Emotional and Affective Temperament Scalea (CEATS; Lara, Lorenzi, Borba, Silveira, & Reppold, 2008)

APÊNDICE 2: INSTRUMENTOS PARA DEPRESSÃO CONFORME LEVANTAMENTO DE AROS E YOSHIDA (2009)

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)
 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
 Beck's Depression Inventory (BDI)
 Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)
 Geriatric Depression Scale (GDS)
 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)
 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
 Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)
 Depression and Anxiety Stress Scale (DASS)
 Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)
 Children's Depression Rating Scale (CDRS)
 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
 Reynolds Child Depression Scale
 Quality of Life in Depression Scale (QLDS)
 Harvard National Depression Screening Day Scale (HANDS)
 Children's Depression Inventory (CDI)
 Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS)
 Hopkins Symptom Checklist-90-Depression Scale (HCL-90-DS)
 Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS)
 Aga Khan University Anxiety and Depression Scale (AKUADS)
 Depression Cognitive Index (DCI)
 Symptom Checklist – Depression Subscale (SCL-DS)
 Ko's Depression Inventory
 EuroQuol-5D (EQ-5D)
 Cerad Behavioral Rating Scale (CBRS)
 Mood Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ)
 Von Zerssen's Depression Scale
 Patient Health Questionnaire – Depression Scale (PHQ-DS)
 Neurobehavioral Functioning Inventory – Depression Scale (NFI-DS)
 Chapman Revised Physical Anhedonia Scale (CRPAS)
 Inventory of Depressive Symptoms (IDS)
 Depression Self-Rating Scale Iranian Adolescent
 Cornell Dysthymia Rating Scale (CSDD)
 Depressive Mood Scale (EHD)
 Mexican Spanish IBS-QOL
 Clinimetric Scale for the Diagnosis of Depression (CSDD)
 Brief Symptom Inventory – Subscale Depression (BSI-SD)
 Diagnostic Inventory to Depression (DID)
 Depression Scale (DEPS)
 Depressive Experience Questionnaire (DEQ)
 Punjabi Postnatal Depression Scale
 Diagnostic Inventory for Depression (DID)
 Depression Stigma Scale (DEPS)
 Melancholia Scale (MES)
 Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)
 Adolescent Depression Rating Scale (ADRS)
 Greek Hospital Anxiety and Depression Scale (GHADS)
 Global Depression Scale (GDS)
 Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)

FONTE: Aros e Yoshida (2009)

APÊNDICE 3: REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS DISCORDANTES E JUSTIFICATIVAS PARA EXCLUSÃO APÓS REUNIÃO COM OS DOIS PESQUISADORES

Referência do artigo	Justificativa para exclusão
ANDRYKOWSKI, M. A.; CORDOVA, M. J.; HANN, D. M.; JACOBSEN, P. B.; FIELDS, K. K.; PHILLIPS, G. Patients' psychosocial concerns following stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant , United States, v. 24, n. 10, p. 1121-9, 1999.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, avaliava apenas pacientes pós TCTH.
SHULZ-KINDERMANN, F.; HENNINGS, U.; RAMM, G.; ZANDER, A. R.; HASENBRING, M. The role of biomedical and psychosocial factors for the prediction of pain and distress in patients undergoing high-dose therapy and BMT/PBSCT. Bone Marrow Transplant . United States, v. 29, n. 4, p. 341-51, 2002.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, avaliava apenas pacientes pós TCTH.
SHERMAN, A. C.; COLEMAN, E. A.; GRIFFITH, K.; SIMONTON, S. Use of a supportive care team for screening and preemptive intervention among multiple myeloma patients receiving stem cell transplantation. Support Care Cancer , v. 11, n. 01, p. 568-574, 2003.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, avaliava apenas pacientes pós TCTH.
CHANG, G.; ORAY, E. J.; TONG, M. Y.; ANTIN, J. H. Predictors of 1-year survival assessed at the time of bone marrow transplantation. Psychosomatics , v. 45, n. 5, p. 378-85, 2004.	Artigo que atendia todos os requisitos e estava duplicado, já tendo sido selecionado anteriormente. Os pesquisadores só perceberam isso na reunião.
HAJERMSTAD, M. J.; KNOBEL, H.; BRINCH, L.; FAYERS, P. M.; LOGE, J. H.; HOLTE, H.; KAASA, S. A prospective study of health-related quality of life, fatigue, anxiety and depression 3-5 years after stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant . United States, v. 34, n. 3, p. 257-66, 2004.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, avaliava apenas pacientes pós TCTH.
SLOVACEK, L. SLOVACKOVA, B.; JEBAVY, L.; MACINGOVA, Z. Psychosocial, health and demographic characteristics of quality of life among patients with acute myeloid leukemia and malignant lymphoma who underwent autologous hematopoietic stem cell transplantation. Sao Paulo Medical Journal , São Paulo, 2007, v. 125, n. 6, p. 359-61, 2007.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, avaliava apenas pacientes pré TCTH.
TIERNEY, D. K.; FACIONE, N.; PADILLA, G.; DODD, M. Response shift: a theoretical exploration of quality of life following hematopoietic cell transplantation. Cancer Nurse . United States, v. 30, n. 2, p. 125-38, 2007.	Artigo de revisão de literatura. Foi inicialmente selecionado porque o resumo confundia. Ao analisar o artigo completo percebeu-se esta metodologia.
VASSILIOU, V.; CHOW, E.; KARDAMAKIS, D. Natural History, Prognosis, Clinical Features and Complications of Metastatic Bone Disease. Bone Metastases , v. 12, n. 01, p. 77-92, 2009.	Artigo de revisão de literatura. Foi inicialmente selecionado porque o resumo confundia. Ao analisar o artigo completo percebeu-se esta metodologia.
MASTROPIETRO, A. P. OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; SIMÕES, B. P.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS, M. A. Impacto da DECH crônica na	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, avaliava apenas

qualidade de vida pós TCTH alogênico. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia , São Paulo, v. 32, n. 5, p. 358-364, 2010.	pacientes pós TCTH.
HAMERRSCHLAK, N.; RODRIGUES, M. M. Brazilian experience with two conditioning regimens in patients with multiple sclerosis: BEAM/horse ATG and CY/rabbit ATG. Bone Marrow Transplant. , United States, v. 45, n. 2, p. 239-48, 2010.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, não utilizava instrumentos para avaliar especificamente ansiedade, depressão ou QV. E sim outros elementos biopsicossociais, como dor, fadiga.
RUEDA-LARA, M.; LOPEZ-PATTON, M. Psychiatric and psychosocial challenges in patients undergoing haematopoietic stem cell transplants. International Review of Psychiatry , v. 26, n. 01, p. 74–86, 2014.	Artigo de revisão de literatura. Foi inicialmente selecionado porque o resumo confundia. Ao analisar o artigo completo percebeu-se esta metodologia.
CROOKS, M.; SEROPIAN, S.; MCCORKLE, R. Monitoring patient distress and related problems before and after hematopoietic stem cell transplantation. Palliative and Supportive Care , v. 12, n. 01, p. 53–61, 2014.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção o instrumento avaliava apenas distress, e não ansiedade, depressão e QV.
EFFICACE, F.; GAIDANO, G.; BRECCIA, M.; CRISCOULO, M.; ET AL. Prevalence, severity and correlates of fatigue in newly diagnosed patients with myelodysplastic syndromes. British Journal of Haematology , v. 168, n. 01, p. 361–370, 2015.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, avaliava apenas pacientes pré TCTH.
GROSSMAN, P.; ZWAHLEN.; HALTER, J. P.; PASSWEG, J. R.; STEINER, C.; KISS, A. A mindfulness-based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings. Support Care Cancer , v. 23, n. 01, p.1105–1112, 2015.	Atendia todos os requisitos, entretanto, ao analisar com mais atenção, avaliava apenas pacientes pós TCTH.

FONTE: O autor (2017)

APÊNDICE 4: QUADRO EXPLICATIVO DE PEARSON

VALORES DA SIGNIFICÂNCIA
<p>A correlação de Pearson mede o grau da correlação (e a direção dessa correlação - positiva ou negativa) entre duas variáveis.</p> <p>Este coeficiente assume apenas valores de significância entre -1 e 1.</p> <p>=1 Significa uma correlação totalmente positiva entre as duas variáveis.</p> <p>=-1 Significa uma correlação totalmente negativa entre as duas variáveis - Isto é, se uma aumenta, a outra sempre diminui.</p> <p>=0 Significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra.</p>
CORRELAÇÕES
<p>0.9 positivo ou negativo - correlação muito forte.</p> <p>0.7 a 0.9 positivo ou negativo - correlação forte.</p> <p>0.5 a 0.7 positivo ou negativo - correlação moderada.</p> <p>0.3 a 0.5 positivo ou negativo - correlação fraca.</p> <p>0 a 0.3 positivo ou negativo - correlação desprezível.</p>

FONTE: www.inf.ufsc.br (2017).